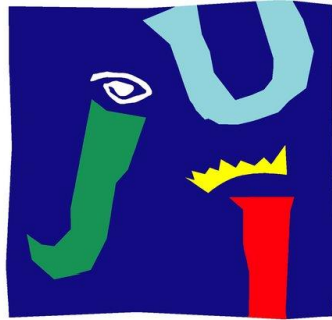


Grado en Psicología

Facultad Ciencias de la Salud



**UNIVERSITAT
JAUME • I**

**Los tratamientos psicológicos aplicados por
medio de Internet para los trastornos
emocionales: una somera descripción de estos
tratamientos y revisión de su eficacia**

Alumna: Anastasia Ankudinova-X3879144X

Tutora: Cristina Botella Arbona

Primera convocatoria

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Extended summary.....	4
1. Introducción.....	5
2. Método.....	9
2.1. Instrumentos.....	9
2.2. Procedimiento.....	10
3. Resultados.....	10
3.1. Los protocolos de tratamiento basados en la evidencia y aplicados por medio de Internet.....	10
3.2. La eficacia de estos tipos de tratamiento.....	12
4. Discusión.....	15
Bibliografía.....	17

Resumen

Actualmente en el ámbito de la psicología, ya existen tratamientos para los trastornos emocionales. Estos tratamientos han demostrado eficacia en el tratamiento de estos problemas, y su estudio y aplicación demuestran su utilidad clínica. Sin embargo, todavía tienen algunas limitaciones como la imposibilidad de llegar a todas las personas que los necesitan y la dificultad de formar a los profesionales de salud mental. Todo esto hace que resulte necesario plantear y someter a prueba nuevas propuestas de intervención. Una de ellas, es la posibilidad de utilizar protocolos basados en la evidencia y adaptados para que se puedan aplicar por medio de Internet. El objetivo de este trabajo es, precisamente, describir brevemente estos programas de tratamiento de aplicación online y llevar a cabo una somera revisión acerca de su eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales, tomando en consideración una serie de artículos científicos centrados en este tema.

Palabras clave: tratamientos psicológicos, Internet, depresión, ansiedad, eficacia

Abstract

Currently in the field of psychology, they are treatments for emotional disorders. These treatments have shown efficacy in the treatment of these problems, and its study and application demonstrate its clinical utility. However, they still have some limitations such as the inability to reach all people who need them and the difficulty to train mental health professionals. All this makes the need to propose and test new proposals for intervention. One is the ability to use evidence-based and that can be adapted to apply through Internet protocols. The objective of this work, is precisely briefly describe these programs of online application treatment and conduct a brief review of its efficacy for the treatment of emotional disorders, taking into consideration a number of scientific articles focusing on this topic.

Key words: psychological treatments, Internet, depression, anxiety, effectiveness

Extended summary

In this work, a target is to collect some information about the online application treatments for emotional disorders. On the one hand, study modules and manner of administration of these treatment protocols. On the other hand, analyze some evidence of the efficacy of such treatments. Also, the causes of the birth of this proposed treatments, being mainly the need to cover the limitations of face to face therapy, are discussed. It is want to propose treatments that more people can access and where psychologists can devote time to many needy individuals, becoming the proposed treatment protocols through Internet application able to solve these problems.

To collect the information needed for this work, it has chosen to undertake a literature review. Different scientific articles are analyzed to select the information about the features that have these treatment protocols and its effectiveness. Particularly for effectiveness, meta-analysis studies and experimental studies investigating the effectiveness of treatment programs that are applied online have been used. As for the findings, can say that online application treatments for emotional disorders demonstrate effectiveness and allow a reduction in the time that clinician devoted to patient, allowing use it for other patients. Also, it has been found that patients accept these treatment protocols through the Internet, despite the reduced contact with the clinician.

1. Introducción

Se ha comprobado, que los trastornos mentales de mayor prevalencia son los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Según APA (2002), los porcentajes respecto a la existencia de los trastornos del estado de ánimo depresivo oscilan entre el 10% y 25% para las mujeres y el 5% y 12% para los hombres, mientras que los de la ansiedad entre el 3% y 5% en la población general.

Para poder dar solución a estos problemas, en primer lugar es necesario comprenderlos. Centrándonos en la depresión, cabe señalar que es un trastorno mental dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo, considerándose dicho grupo la razón por la cual las personas buscan ayuda con mayor frecuencia de algún experto (Blacker y Clare, 1987; Regier *et al.*, 1993). Respecto al episodio depresivo mayor, tal y como señala el DSM-5 (APA, 2013), es posible afirmar que se caracteriza por un estado de ánimo bajo y persistente (más de dos semanas consecutivas), el cual la persona experimenta como tristeza. Este estado de ánimo negativo, viene acompañado de otros síntomas como alteraciones del sueño (hipersomnia o insomnio), del apetito o del peso, los cuales pueden aumentar o disminuir, y de la actividad psicomotora (agitación o enlentecimiento). También, puede darse pérdida de energía, sentimiento de inutilidad y/o culpa, disminución de la concentración y pensamientos y/o intentos de suicidio. Como se indica en el DSM-5, estos síntomas se presentan como molestos e interfieren en la vida de la persona, y no son causados por una enfermedad o el consumo de drogas.

Podemos observar como en el DSM-5 se contemplan diferentes niveles de gravedad de la depresión, que son el ligero, el moderado, el grave no psicótico, con características psicóticas (delirios o alucinaciones), en remisión parcial y en remisión total. Esta gravedad es determinada por el ajuste psicosocial del paciente y no por la intensidad intrínseca de los síntomas (Vázquez y Sanz, 1995).

La depresión se puede desarrollar en cualquier momento de nuestra vida, pero el riesgo más alto lo encontramos en la adolescencia y durante la edad adulta (Lewinsohn, Duncan, Stanton y Hautzinger, 1986). En cuanto a la infancia y la vejez, el riesgo es bajo (Lewinsohn et al., 1986). Sobre la recuperación, los datos de las investigaciones aportan porcentajes del 65-70% de casos que tienen una remisión total (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000). Esta recuperación, se da en un periodo de 6 a 24 meses (Goodwin y Jamison, 1990). Otros datos, indican como el 50% de las personas que experimentan un episodio de depresión mayor vuelven a tener otro (Depression Guideline Panel, 1993).

La investigación, también, aporta datos interesantes sobre las características a poseer para desarrollar depresión, entre las que se incluyen problemas de vivienda, de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, problemas relativos al grupo primario (fallecimiento de un miembro de la familia, divorcio etc.), problemas económicos, del ambiente social (por ejemplo, falta de apoyo social o la discriminación) y los problemas laborales (Londoño et al., 2010). En este trastorno, el 39% se debe a factores genéticos y el 61% a factores ambientales (Kendler y Prescott, 1999).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, son considerados un conjunto de cuadros clínicos que suelen ser otros de los trastornos más frecuentes (3-5% en la población general) y más vistos en la práctica clínica (APA, 2002). Dentro de este grupo de trastornos, quizás los más conocidos sean el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de ansiedad social y las fobias específicas. Todos estos trastornos comparten la característica de la presencia de ansiedad, aunque se pueden ver distintas manifestaciones de la misma, como los ataques inesperados que se observan en el trastorno de pánico, la ansiedad flotante que se observa en el trastorno de ansiedad generalizada o la ansiedad asociada a haber vivido un acontecimiento traumático, como en el caso del trastorno por estrés postraumático, entre otros casos.

Sobre la fobia específica cabe destacar la heterogeneidad de tipos que existen, los cuales quedan recogidos en el DSM-5, existiendo el tipo animal, el tipo entorno natural, el tipo sangre/inyecciones/herida, el tipo situacional y otros tipos. Estas clasificaciones, tienen importantes implicaciones terapéuticas al tener que utilizar el clínico tratamientos ajustados al tipo de trastorno que presente el paciente.

Como indica Londoño et al. (2010), también se han encontrado factores de riesgo para desarrollar algunos de los trastornos de ansiedad. Para la ansiedad generalizada, se identificaron los problemas económicos y los relativos a la enseñanza (conflicto con profesores o compañeros, déficit en competencias académicas, entre otros). Al trastorno de pánico se han asociado

problemas del ambiente social, y a la fobia social los factores relativos a la enseñanza, los laborales y problemas del ambiente social.

A continuación, se presentan dos tablas resumen sobre los tipos y los principales síntomas que caracterizan a los trastornos del estado de ánimo depresivo y los trastornos de ansiedad que se abordan en este trabajo.

Tabla 1: Trastornos del estado de ánimo depresivo según el DSM-5

Clasificación	Principales síntomas
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	Accesos de cólera graves, recurrentes y desproporcionados a la situación, que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento.
Trastorno de depresión mayor	Síntomas como ánimo deprimido, pérdida de interés, disminución de energía, inutilidad o culpa, disminución de la concentración y/o intento de suicidio, entre otros.
Trastorno depresivo persistente (distimia)	Estado de ánimo deprimido, poco/mucho apetito, insomnio/hipersomnia, poca energía, baja autoestima, falta de concentración y/o sentimiento de desesperanza. Los síntomas se dan durante un período mínimo de dos años.
Trastorno disfórico premenstrual	Síntomas como irritabilidad, ansiedad, ánimo deprimido y/o disminución del interés por actividades, entre otros, que están presentes en la mayoría de los ciclos menstruales.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Estado de ánimo depresivo y menor interés o placer por realizar actividades, que aparece debido al consumo de una sustancia/medicamento.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Ánimo depresivo y pérdida de interés por actividades debido a una afección médica.
Otro trastorno depresivo especificado	Síntomas de un trastorno depresivo, pero sin cumplir todos los criterios de ninguno de los trastornos depresivos. La categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que no se cumplen los criterios.
Otro trastorno depresivo no especificado	Síntomas de un trastorno depresivo, pero que no se cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos depresivos. La categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no comunicar el motivo específico del incumplimiento de los criterios.

Tabla 2: Trastornos de ansiedad según el DSM-5

Clasificación	Principales síntomas
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada a la separación de las personas de apego.
Mutismo selectivo	Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de hacerlo en otras situaciones.
Fobia específica	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
Trastorno de ansiedad social	Miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales, en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
Trastorno de pánico	Ataques de pánico (aparición súbita de miedo intenso) imprevistos y recurrentes.
Agorafobia	Miedo o ansiedad intensa ante situaciones como usar transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, encontrarse entre multitud de personas y/o estar solo en casa.
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesiva en relación con diversos sucesos o actividades (como la actividad laboral o escolar).
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos	Ataques de pánico o ansiedad que aparecen debido al consumo de sustancias/medicamentos.
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	Ataques de pánico o ansiedad que aparecen debido a una afección médica.
Otro trastorno de ansiedad específico	Síntomas de un trastorno de ansiedad, sin cumplir todos los criterios de ninguno de los trastornos de ansiedad. La categoría, se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que no se cumplen los criterios de un trastorno de ansiedad específico.
Otro trastorno de ansiedad no específico	Síntomas de un trastorno de ansiedad, pero no se cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de ansiedad. La categoría, se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no comunicar el motivo específico por el que se incumplen los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

Una vez presentados estos problemas, habría que considerar posibles estrategias de solución. Es decir, analizar la existencia de protocolos de tratamiento basados en la evidencia que hayan demostrado eficacia en el tratamiento de estos problemas. Afortunadamente, tenemos ya a nuestra disposición tratamientos eficaces tanto para el trastorno depresivo mayor como para los distintos trastornos de ansiedad (Nathan y Gorman, 2007). Dichos protocolos de tratamiento, suelen incluir técnicas clásicas de terapia cognitivo-comportamental como, por ejemplo, la reestructuración cognitiva, la planificación de actividades y la terapia interpersonal para la depresión, y la exposición o la realidad virtual (Botella et al., 2012) para los trastornos de ansiedad.

A pesar de la eficacia que han demostrado estos tratamientos, siguen existiendo problemas y limitaciones. De manera fundamental, la falta de acceso rápido a la terapia presencial con el clínico y/o recibir el tratamiento basado en la evidencia cuando finalmente se accede al tratamiento. Desgraciadamente, la realidad clínica pone de manifiesto que muchas personas necesitadas de tratamiento no lo reciben debido a los costes de tiempo y/o dinero que supone la terapia cara a cara y a la falta de psicólogos con formación adecuada (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010). A raíz de estos problemas, se plantea como una posible estrategia que pueda paliarlos la utilización de protocolos de tratamiento basados en la evidencia que se puedan aplicar por medio de Internet (Andrews et al., 2010). Precisamente este es el objetivo fundamental de este trabajo, llevar a cabo una somera revisión acerca de este tipo de tratamientos y su eficacia.

2. Método

Con el fin de recoger la información necesaria para este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de este tema. Se han analizado artículos científicos, todos ellos publicados en revistas incluidas en el Journal Citations Report. Para obtener un panorama lo más amplio posible de la eficacia de estos protocolos de tratamiento, se ha recurrido de forma fundamental a los trabajos de meta-análisis existentes en este ámbito. Esto es, de revisiones llevadas a cabo sobre los estudios controlados para someter a prueba la eficacia de este tipo de tratamientos online.

2.1. Instrumentos

Para realizar la búsqueda de los artículos se ha utilizado el buscador Google Académico, las bases de datos PsycNet y PubPsych. Todos los artículos, fueron guardados en el programa Mendeley.

2.2. Procedimiento

En primer lugar, se ha procedido a la búsqueda mediante Internet, en concreto Google Académico, PsycNet y PubPsych, de los artículos. En segundo lugar, los artículos fueron almacenados en el programa Mendeley. Por último, se procedió a la lectura de estos artículos, seleccionando la información necesaria, para el desarrollo del trabajo.

3. Resultados

Tal y como se propuso en este trabajo, tras el análisis de los artículos seleccionados, procederemos a exponer la evidencia sobre la eficacia de los protocolos de tratamiento basados en la evidencia y aplicados por medio de Internet. No obstante, antes de empezar, es conveniente comprender las características de los mismos siendo, a día de hoy, la propuesta de basar los tratamientos online en los principios de la terapia cognitivo-conductual.

3.1. Los protocolos de tratamiento basados en la evidencia y aplicados por medio de Internet

Como señala Craske et al. (2009), estos protocolos de tratamiento online están formados por una serie de módulos estructurados que incluyen distintos componentes terapéuticos en los que se basa la intervención: psicoeducación sobre el problema, reestructuración cognitiva, práctica de la relajación, exposición, prevención de recaídas, entre otros, dependiendo del protocolo de tratamiento que se utilice. Cada módulo incluye textos con los objetivos que se persiguen, imágenes, información específica que se desea que aprenda el paciente sobre el problema o sobre la técnica que se le presenta, resúmenes para facilitar la comprensión y el recuerdo, videos, viñetas, ejercicios para practicar las técnicas e instrucciones para llevar a cabo las tareas para casa y la práctica entre sesiones, entre otras cosas. Al final de cada módulo hay una evaluación sobre la comprensión de los contenidos. Estos módulos se diseñan para que sean útiles en el tratamiento de cada trastorno, existiendo en algunos protocolos módulos comunes a los diferentes trastornos.

Estos tratamientos online se pueden aplicar de múltiples formas, DVDs, ordenadores, móviles o Internet, entre otras (Marks, Cavanagh, y Gega, 2007). Suelen estar acompañados por la guía de un profesional a través de llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajes en un foro privado, cada semana aproximadamente (Andrews et al., 2010). También, pueden ser auto-guiados o con el apoyo de correos electrónicos generados automáticamente (Andrews et al., 2010).

En estos momentos existen numerosos programas de tratamiento online, sirvan como ejemplo: “e-Couch” (figura 1), el programa “Mentalhealthonline”, “This way up” o el programa “Beating the blues” (figura 2). Este último, desarrollado en Inglaterra, en solo 8 sesiones semanales de una hora permite ayudar a personas que se sienten estresadas, presentan depresión o ansiedad.

En España encontramos, por ejemplo, la plataforma “Psicología y Tecnología”, desarrollada por el grupo de la Dra. Botella (figura 3). Esta plataforma, puede ser usada tanto por personas que padecen un problema psicológico como las que quieran, simplemente, aprender estrategias de mejora de su salud mental. También, es accesible a profesionales de salud para el uso en su práctica clínica.



Figura 1

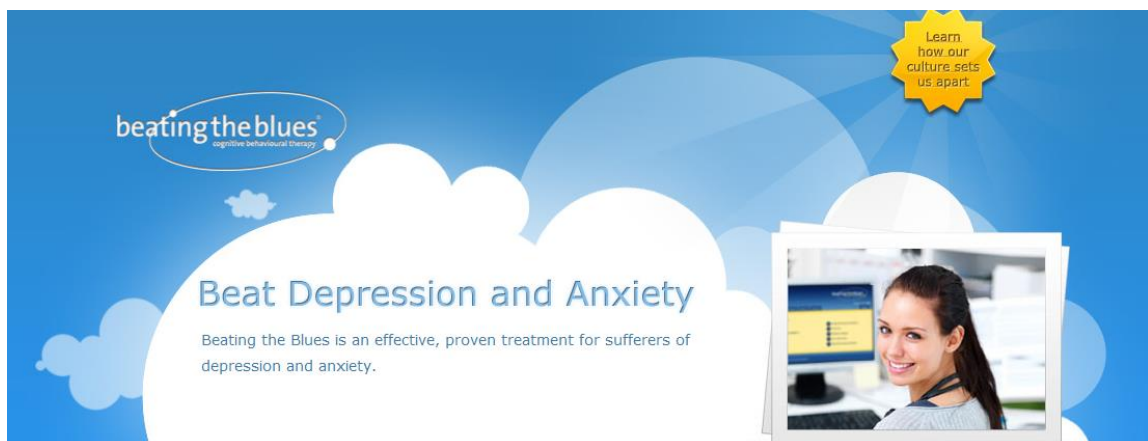


Figura 2

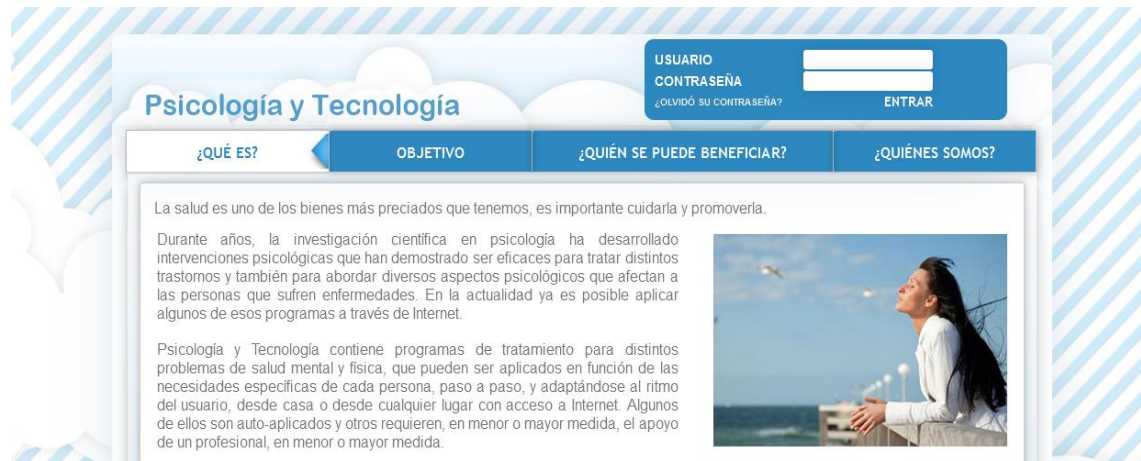


Figura 3

3.2. La eficacia de los protocolos de tratamiento

Para estudiar la eficacia de los tratamientos online, se han analizado dos trabajos de meta-análisis y dos estudios experimentales de diferentes programas de tratamiento online de los trastornos emocionales.

En un estudio sobre la depresión, se ha obtenido un tamaño del efecto medio ($d=0.41$) al comparar los tratamientos aplicados a través de Internet con el grupo control de lista de espera (Andersson y Cuijpers, 2009). También, se ha diferenciado entre tratamientos con apoyo y sin apoyo por un clínico, obteniéndose una diferencia significativa al obtener tamaños del efecto ($d=0.61$) y ($d=0.25$) respectivamente (Andersson et al., 2009). Por lo tanto, tratamientos administrados a través de Internet con apoyo tienen un efecto moderado, siendo significativamente mayor al tamaño del efecto obtenido por los tratamientos sin apoyo por parte del clínico (Andersson et al., 2009).

Tabla 1: Tamaños del efecto de los tratamientos online del estudio de Andersson et al. (2009)

Study	N_{comp}	d
Overall effects		
All studies	15	0.41
One ES per study (highest)	12	0.45
One ES per study (lowest)	12	0.43
Two possible outliers removed ^c	13	0.37
Subgroup analyses ^d		
Type		
Internet-based	12	0.37
Computerized	3	0.85
Control group		
Care-as-usual	5	0.23
Wait-list	7	0.56
Other	3	0.45
Psychological treatment		
CBT	12	0.42
Other	3	0.41
Anxiety allowed		
Only depression	13	0.38
Depression or anxiety	2	0.64
Professional support		
Support	8	0.61
No professional support	7	0.25
C or I psychotherapy vs. ftf psychotherapy (all studies)	3	-0.05

Otro estudio de Andrews et al. (2010), nos muestra datos asimismo prometedores. Un estudio realizado aplicando un protocolo de tratamiento para la depresión mayor, la fobia social, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada obtuvo un tamaño del efecto grande ($g=0.88$), poniendo de manifiesto un claro beneficio de este tipo de tratamientos administrados por medio de Internet, y basados en la terapia cognitivo-conductual, para los cuatro trastornos. La mejoría se mantuvo a lo largo de 26 semanas de seguimiento. Además, los participantes estaban satisfechos con la terapia recibida a través de Internet, a pesar de la disminución del contacto con el clínico. Por lo tanto, en este estudio se concluyó que los tratamientos online son eficaces y aceptados por los pacientes.

Figura 1: Tamaños del efecto de los tratamientos online del estudio de Andrews et al. (2010)

		Hedges's g
MDD	Andersson, 2005	0,87
	Kessler, 2009	0,61
	Perini, 2009	0,56
	Selmi, 1990	1,26
	Titov, 2010	0,99
	Wright, 2005	1,10
		0,78
Panic	Carlbring, 2001	0,97
	Carlbring, 2006	1,13
	Klein, 2001	0,39
	Klein, 2006	1,49
	Richards, 2006	0,74
	Wims, 2009	0,28
		0,83
Social phobia	Andersson, 2006	0,76
	Berger, 2009	0,64
	Botella, 2009	1,07
	Carlbring, 2007	1,07
	Furmark, 2009	0,67
	Titov, 2008 I	0,94
	Titov, 2008 II	1,18
	Titov, 2008 III	1,02
	0,92	
GAD	Robinson, 2009	1,13
	Titov, 2009	1,08
		1,11
All studies		0,88

El análisis de un programa de ansiedad, de aplicación online y basado en la terapia cognitivo-conductual, nos revela más datos interesantes. Utilizado para los trastornos de ansiedad, en concreto pánico, fobia social y ansiedad generalizada, consistió en lecciones educativas y tareas. Existía apoyo en forma de llamadas o correos electrónicos semanales por un psicólogo, correos electrónicos automatizados y posibilidades de acceso a un foro de discusión. Sobre los resultados obtenidos, decir que ha habido reducción significativa de síntomas y el tiempo total dedicado al paciente tuvo una media de 46 minutos por programa (Titov et al., 2010).

Tabla 2: Diagnósticos del estudio de Titov et al. (2010)

Disorder	Treatment group (n = 40)	Control group (n = 38)	Total (n = 78)
Primary diagnosis			
GAD	18 (45.0%)	16 (42.1%)	34 (43.6%)
Pan/Ag	10 (25.0%)	11 (28.9%)	21 (26.9%)
SP	12 (30.0%)	11 (28.9%)	23 (29.5%)
Comorbid disorder			
None	9 (22.5%)	10 (26.3%)	19 (24.4%)
Anxiety only	12 (29.3%)	10 (26.3%)	22 (28.2%)
Affective only	8 (19.5%)	8 (21.1%)	16 (20.5%)
Anxiety and affective	11 (26.8%)	10 (26.3%)	21 (26.9%)
Number of additional diagnoses			
0	9 (22.5%)	10 (26.3%)	19 (24.4%)
1	14 (35.0%)	14 (36.8%)	28 (35.9%)
2	13 (32.5%)	9 (23.7%)	22 (28.2%)
3	3 (7.5%)	5 (13.2%)	8 (10.3%)
4	1 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)
Total additional diagnoses	40	38	78

Por último, un programa llamado Programa Bienestar nos muestra datos similares (Titov et al., 2011). Este programa, basado en la terapia cognitivo-conductual y de aplicación por Internet, es utilizado para los trastornos de ansiedad (pánico, fobia social y ansiedad generalizada) y depresión mayor. Tiene la misma estructura y apoyo que el programa de ansiedad (Titov et al., 2010).

En cuanto a los resultados del programa, se puede decir que los participantes reportaron reducción significativa de síntomas de ansiedad y depresión, y en cuanto a los profesionales clínicos, hubo un tiempo medio de 84,76 minutos por persona a lo largo de la aplicación del programa (Titov et al., 2011). El último dato es especialmente interesante, al ser una de las causas de la puesta en marcha de este tipo de tratamientos online.

4. Discusión

En las últimas décadas, se han realizado notables progresos en cuanto a las teorías psicológicas y biológicas, el diagnóstico y, especialmente, las intervenciones psicológicas y farmacológicas para los trastornos de ansiedad y depresión (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Los tratamientos para la ansiedad y depresión cada vez están demostrando tener más eficacia. Sin embargo, actualmente, se sigue trabajando con gran interés en el desarrollo e investigación acerca de tratamientos novedosos, al igual que, en el estudio de los ya bien establecidos (Vázquez et al., 2000).

En este trabajo, se ha procedido a recoger la información respecto los protocolos de tratamiento basados en la evidencia y aplicados por medio de Internet. En este sentido, se ha intentado mostrar las razones de la necesidad de este tipo de tratamientos online y, también, se llevado a cabo una somera descripción de estos protocolos de tratamiento (los contenidos de los diferentes módulos que suelen contener los programas, la manera de administrarlos etc.).

Finalmente, se ha estudiado parte de la evidencia disponible acerca de su eficacia recurriendo, fundamentalmente, a los estudios de meta-análisis. Tal y como se ha comentado anteriormente, los tratamientos online han demostrado ser eficaces y, también, se ha comprobado que son bien aceptados por los pacientes. Por lo tanto, se convierten en una propuesta muy prometedora.

En cuanto a la visión del futuro, cabría afirmar que siguen siendo necesarias más investigaciones intentando tener en cuenta lo ya realizado, sobre todo las diferentes limitaciones señaladas por los respectivos autores en los estudios ya llevados a cabo. También, sería interesante investigar, desde la perspectiva del desmantelamiento de los protocolos de tratamiento, los módulos que verdaderamente funcionan en el tratamiento para reducirlo a lo realmente necesario. Como se ha señalado, un tema crucial es el apoyo que debería prestar el clínico durante el tratamiento, por lo que sería conveniente investigar acerca de cuánto y cómo habría que actuar para ayudar al paciente de forma eficaz. También, se podría someter a prueba estos tipos de tratamientos online con pacientes que no responden a los tratamientos típicos. Otro problema a solucionar, sería la expansión del uso y el aumento de la confianza en los tratamientos online, tanto por la parte de los clínicos como por parte de los pacientes.

Bibliografía

- Álvarez, M. y Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510.
- Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N (2010) Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Caballo, V. y Vílchez, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo xxi. *Psicología conductual*, 8 (2), 173-215.
- Craske, M., Rose, R., Lang, A., Welch, S., Sills, L., Sulliva, G., et al. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and anxiety*, 26 (3), 235-42.
- Cuijpers, Pim , Marks, Isaac M. , van Straten, Annemieke , Cavanagh, Kate , Gega, Lina and Andersson, Gerhard (2009) 'Computer-Aided Psychotherapy for Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review', *Cognitive Behaviour Therapy*, 38: 2, 66 — 82.
- Dear, B., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M., et al. (2011). An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour research and therapy*, 49 (12), 830-7.
- Gerhard Andersson & Pim Cuijpers (2009) Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis, *Cognitive Behaviour Therapy*, 38:4, 196-205, DOI: 10.1080/16506070903318960
- Johnston L, Titov N, Andrews G, Spence J, Dear BF (2011) A RCT of a Transdiagnostic Internet-Delivered Treatment for Three Anxiety Disorders: Examination of Support Roles and Disorder-Specific Outcomes. *PLoS ONE* 6(11): e28079. doi:10.1371/journal.pone.0028079
- Kazdin, A. & Blase, S. (2001). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (1), 21-37.
- Londoño, N., Marín, C., Juaréz, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., et al. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma psicológica*, 17, 59-68.
- Nordgren, L., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, A., Eriksson, S., et al. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 1-11.

- Quero, S., Botella, C., Guillén, V., Moles, M., Nebot, S. y García-Palacios, A. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos emocionales: una revisión. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 8, 7-21.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (9), 890-899.
- Titov, N., Dear, B., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M., et al. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (8), 441-452.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología Conductual*, 8, 417-449.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual*, 8, 561-591.
- Vlad Mureşan MA, Professor , Guy H. Montgomery & Daniel David (2012) Emotional Outcomes and Mechanisms of Change in Online Cognitive-Behavioral Interventions: A Quantitative Meta-Analysis of Clinical Controlled Studies, *Journal of Technology in Human Services*, 30:1, 1-13, DOI:10.1080/15228835.2011.653290