

## PSICOTERAPIA A TRAVÉS DE INTERNET

### Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia

*M.A. Vallejo y C.M. Jordán*

Miguel A. Vallejo Pareja es Catedrático en el Departamento de Evaluación, Personalidad y Tratamientos Psicológicos de la UNED (Juan del Rosal, 10, 28040-Madrid). Carlos M. Jordán Cristóbal es investigador en el mismo centro.

#### **Introducción**

Resulta difícil pensar que la psicoterapia pueda realizarse de forma automatizada, mediante ordenadores y programas

informáticos. La práctica clínica requiere de un contacto personal con el paciente que es insustituible. Sólo viendo al paciente, cómo se comporta en el escenario terapéutico es posible tener un conocimiento más completo de sus problemas y recursos. Ello con independencia de que frecuentemente sea preciso establecer contacto con personas próximas a su entorno: familia, amigos, etc.

No obstante, durante una intervención psicológica es habitual la utilización de recursos que complementen las citas periódicas entre el paciente y el profesional. Cuando recomendamos la lectura de un libro, consideramos que nuestro paciente puede telefonarnos en determinadas circunstancias o le pedimos que lleve a cabo un autorregistro de determinada conducta estamos extendiendo la terapia al propio contexto del paciente, contexto alejado del que se establece durante la relación cara a cara. Los cambios que al hablar por teléfono se dan en el contexto de la comunicación o la soledad tanto del lector como del observador de su propia conducta nos parecen situaciones normales, aunque tengamos que preguntarnos por las implicaciones clínicas que conllevan. De hecho, los tres ejemplos mencionados (sean, biblioterapia, comunicación telefónica y auto-observación) han generado su correspondiente bibliografía para dilucidar tales implicaciones: ¿Es útil determinada lectura? ¿De qué forma afecta a una conducta el que la observemos para

cambiarla? ¿Y al observador? ¿Cuándo y en qué condiciones es razonable proponerle al paciente que estamos disponibles en un teléfono?

Es en este marco en el que podemos considerar la utilización de nuevas tecnologías como herramientas al servicio de la psicoterapia. Ordenadores, teléfonos móviles, Internet... El hecho de que una tecnología exista empuja a que nos sirvamos de ella en ámbitos muy diferentes, pero ¿puede un programa de ordenador utilizado en casa o en un servicio de salud complementar la psicoterapia cara a cara? ¿Qué ventajas aprovechables en la clínica pueden encerrarse en las nuevas formas de comunicación que propone Internet? ¿Y qué inconvenientes? ¿Algo tan humano como la psicoterapia puede ser llevado a cabo en una computadora sin convertirlo en algo artificial y desprovisto del sentimiento necesario para que terapeuta y paciente se comuniquen? Estas y otras preguntas están siendo contestadas por diversos grupos de investigación en todo el mundo y conviene estar al corriente de las conclusiones a las que llegan si no queremos dejar de lado opciones terapéuticas que pueden resultar adecuadas. Que la investigación esté tan adelantada como para que el servicio de sanidad pública británico haya adoptado dos programas de ordenador (uno dirigido a las depresiones no severas y otro a los problemas de ansiedad) como tratamiento disponible en sus instalaciones, puede sorprender a aquellos que opinen que tecnología y relación terapéutica son incompatibles. Con este trabajo, proponemos un acercamiento al cada vez más prolífico campo del tratamiento psicológico a través de ordenadores y la aportación de información sobre algunos aspectos que afectan a la psicología online en España.

### **Psicoterapia asistida por ordenador. Una definición. Ventajas e inconvenientes.**

No siempre que la psicoterapia y los ordenadores se encuentran puede hablarse de psicoterapia asistida por ordenador. Para ello es necesario que el programa informático tome alguna decisión en función de la información que le proporcione el paciente (Marks, Shaw y Parkin, 1998). Por ejemplo, completar un cuestionario, para poder pasar al siguiente módulo del programa terapéutico. Ateniéndonos a esta definición, dejamos fuera el intercambio de correos electrónicos entre el paciente y el terapeuta (Murphy y Mitchell, 1998) o la transmisión de educación para la salud mental en un soporte electrónico como un CD-ROM o a través de Internet. Estas y otras opciones, pueden ser un componente más esta opción psicoterapéutica –de hecho, suelen formar parte de ellos–, pero la interacción entre el paciente y el programa informático es la clave de esta definición.

Más allá de la efectividad de un programa terapéutico, su eficiencia es un valor a tener muy presente. Así un objetivo relevante en la clínica

es la reducción del tiempo dedicado a aplicar un tratamiento siempre que se logren mantener los resultados clínicos. En lo que respecta al paciente, este objetivo es relevante no sólo porque puede convertirse en un ahorro de tiempo y de dinero (suyo propio o público), sino porque ese tiempo ahorrado supone una terapia que aleja lo menos posible al paciente de su entorno cotidiano. Una terapia más fácil de seguir favorecerá el cumplimiento. Esta reducción del contacto terapéutico es una de las principales ventajas que puede aportar el uso de los tratamientos aplicados mediante ordenador y, cuando se trata de servicios online a través de Internet, la comodidad de poder ser utilizados en casa. En un recorrido sobre los programas con los que ya se está trabajando veremos algunos resultados en ese sentido.

También podemos encontrar otra ventaja de la psicoterapia a través de Internet sobre la terapia cara a cara aun cuando no se pudiese ahorrar tiempo. Toda una gama de problemas relacionados con la ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, etc.) puede dificultar la búsqueda de ayuda por parte de quienes los padecen, condenándoles en ocasiones al aislamiento físico o social. Las nuevas tecnologías de la información y comunicación pueden suponer un medio a través del cual buscar ayuda para quienes encuentran dificultades al hacerlo siguiendo los cauces tradicionales, tanto debido a las consecuencias de un trastorno psicológico como por la dificultad para encontrar un profesional capacitado en su entorno habitual.

El efecto de desinhibición online (Suler, 2004), una característica de este tipo de comunicación, puede favorecer la disminución del prejuicio para ponerse en manos de un profesional. No solo cuando el problema en sí mismo dificulta la comunicación con los demás o nos impide abandonar un entorno que consideramos seguro dejamos de consultar con un psicólogo o psiquiatra; la estigmatización que todavía hoy supone para muchas personas visitar por primera vez a un profesional de la salud mental puede ser superada gracias a la ausencia de contacto en persona que posibilitan las nuevas tecnologías. Además, una página de consejo psicológico puede ser una manera sencilla de recibir atención temprana de un profesional que pueda orientar hacia el correspondiente tratamiento.

Algunas otras ventajas que nos ofrecen la psicoterapia con la ayuda del ordenador son, por ejemplo, las múltiples posibilidades que ofrecen los contenidos multimedia o la reflexión a la que puede conducir al paciente el tener que comunicarse por escrito, ya sea en una tarea más de un programa de intervención o a través de un correo dirigido al terapeuta supervisor de un tratamiento psicológico online (Rochlen, Zack y Speyer, 2004).

Sin embargo, las posibilidades de las nuevas tecnologías en su capacidad para llegar a un número mayor de personas tiene también problemas, como son el hacer asequible la intervención a personas que no

la precisan. El evaluar si una persona es adecuada o no para seguir una terapia asistida por ordenador es la primera decisión que debemos tomar; aunque no utilicemos una herramienta estándar para hacerlo, debemos hacernos algunas preguntas (Suler, 2001): ¿Cuál es el nivel de lecto-escritura del paciente? ¿Qué experiencia tiene en el uso de ordenadores y en la comunicación online? ¿Cuál es la actitud del paciente ante la posibilidad de ser tratado online o con la ayuda de un ordenador? Además, debemos recordar que, en lo que respecta al tratamiento online, el acceso a Internet no es uniforme si lo analizamos en relación con la edad, el nivel de educación, de ingresos o etnia de origen.

De manera similar, la facilidad con la que se puede adaptar a un formato electrónico un tratamiento bien estructurado se puede convertir en una limitación. Cuanto más estructurado esté el programa ofrecido a través de Internet, menos posibilidades de adaptación al cliente. La flexibilidad con la que un terapeuta experimentado sale y entra de un guión establecido en función de las necesidades del cliente requiere, en la psicoterapia a través de Internet, un programa dúctil y, en cualquier caso, la posibilidad de que el cliente pueda acceder al terapeuta supervisor en caso de necesidad.

Pero más que continuar ofreciendo posibles ventajas y desventajas, proponemos pasar al comentario de algunos trabajos que han analizado programas de tratamientos. En un campo de investigación aún joven, la alusión a posibles ventajas e inconvenientes consiste en proponer como tales, a priori, algunas características propias de los tratamientos psicológicos a través de Internet y, casi siempre, en comparación con la terapia cara a cara (e. g. la imposibilidad de percibir claves comunicativas no verbales). Los tratamientos en los que se usan ordenadores habrán de demostrar su utilidad en estudios que se van a reseñar y, si funcionan, sus características serán ventajas o inconvenientes en función del tipo de problema –volviendo al fóbico social o al agorafóbico, ¿es una desventaja para el terapeuta la ausencia de claves comunicativas no verbales o un ventaja para que el cliente pueda acercarse al tratamiento? – y quizás el trabajo más relevante consista en identificar a los pacientes que puedan beneficiarse de uso.

### **Tratamientos Asistidos por Ordenador con evidencia empírica**

En este apartado realizamos un repaso sobre algunos programas de tratamiento psicológico que hacen el uso del ordenador e Internet, siguiendo en parte el texto de Marks, Cavanagh y Gega (2007). En lugar de ofrecer una lista de programas que se puede obtener en la obra mencionada, nos detendremos en aquellos programas que nos han parecido más relevantes.

### **Fobias, trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad**

Los múltiples estudios de orientación cognitivo conductual sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el pánico y la ansiedad (fobias simples, fobia social, agorafobia, crisis de angustia) han dado lugar a protocolos de intervención eficaces y muy estructurados. Las intervenciones bien pautadas son las más proclives a su adaptación a un programa de ordenador y así los programas más numerosos son los aplicados a trastornos fóbicos y de pánico.

Merece un lugar destacado en este apartado el programa para el tratamiento de fobias y trastornos por pánico *Fear Fighter* (FF) debido a que el *National Institute for Health and Clinical Excellence* británico, recomienda su uso en el sistema de salud público. En un campo en donde todavía es difícil encontrar trabajos de investigación que hayan sido llevados a cabo por un equipo distinto al que desarrolló el programa (Hayward, MacGregor, Peck y Wilkes, 2007), un aval público e independiente tiene gran relevancia (NICE, 2006).

Los fundamentos de FF son los del tratamiento cognitivo conductual para fobias y pánico: la exposición. El programa consiste en una introducción acerca de las bases que sustentan la utilización de la exposición en el tratamiento de este tipo de trastornos para después proponer un protocolo de exposición guiada a través del ordenador y con contactos breves con un terapeuta (en persona o a través del teléfono en función de si el FF se utiliza en una clínica o en casa a través de Internet). Uno de los estudios que avalan el uso de este programa (Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker y Mataix y cols., 2004) comparó los resultados de un grupo de personas que uso FF, con otro que siguió una terapia de exposición tradicional dirigida por un psiquiatra y con un tercero, placebo, que fue instruido en la práctica de la relajación con la ayuda de un ordenador. Los dos grupos que usaban el ordenador (FF y relajación) redujeron el contacto terapéutico en un 73% con respecto al grupo de exposición tradicional. Los dos grupos que utilizaban la terapia de exposición (FF y psiquiatra cara a cara) redujeron significativamente y por igual los síntomas de los pacientes fóbicos y con problemas de pánico mientras que el grupo de relajación no lo consiguió. Uno de los problemas que presento este trabajo es el alto grado de abandono en el grupo de auto-exposición asistida por FF (43%).

En su utilización online, FF (*netFF*) también ha obtenido buenos resultados. Comparados FF y *netFF* en un estudio piloto (Kenwright, Marks, Gega y Mataix-cols., 2004), ambos obtuvieron mejoras similares en los participantes con menos de dos horas de contacto terapéutico a lo largo de un período de 12 semanas (por teléfono en el caso de *netFF*).

Más cerca de un manual de autoayuda trasladado a Internet se encuentran los programas del grupo de Carlbring en Suecia. La interacción con el usuario se hace a través de cuestionarios con los que se obtienen

contraseñas para poder avanzar en el programa, correos electrónicos con el terapeuta y, en algunos casos, obligando al usuario a participar al menos con un mensaje por módulo en un grupo de discusión. En un estudio controlado (Carlbring, y cols., 2005) comparando el programa para el trastorno de pánico con un grupo de terapia cognitivo conductual cara a cara ambos obtuvieron mejorías comparables. El tiempo de contacto terapéutico fue de 2,5 y 10 horas respectivamente. Este grupo ha desarrollado también una versión para el tratamiento de la fobia social (Carlbring, Furmark, Steczko, Ekselius y Andersson, 2006). Este tipo de programas basados principalmente en la comprensión lectora y la capacidad de expresión escrita puede plantear problemas de adecuación a la población menos instruida. En comparación, el uso de FF supone poseer la capacidad lectora de un niño escolarizado de 11 años (Marks, Cavanagh y Gega, 2007).

Además de destacar la reducción del contacto terapéutico y los resultados clínicos favorables, otros datos relevantes se desprenden del análisis de este tipo de trabajos. Una característica de los tratamientos a través de Internet es la facilidad con la que se pueden aislar distintos componentes de un programa, convierte, así, esta tecnología en un vehículo adecuado para estudiar los efectos de los distintos componentes de una terapia. Como ejemplo, podemos citar un trabajo en el que, utilizando dos versiones del australiano *Net Panic Online*, se afirmaba que la inclusión de un módulo de educación en el manejo del estrés no aumentaba el efecto clínico en pacientes con trastornos de pánico (Richards, Klein y Austin, 2006).

Fobias específicas tales como el miedo a volar (Bornas, Tortella-Feliu y Llabrés, 2006) o a las inyecciones previas a las intervenciones buco-dentales (Coldwell y cols., 2008) disponen de programas que han obtenido resultados favorables.

En cuanto al tratamiento de otros problemas relacionados con la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo es candidato a obtener buenos resultados en terapias online o asistidas por ordenador, gracias a la posibilidad de incluir en ellos guías hacia la exposición. El *BTSteps*, es un programa interactivo de respuestas telefónicas previamente grabadas, basado en la exposición y la prevención de las respuestas rituales, que ha conseguido mejorías comparables a la terapia cara a cara con un ahorro de hasta el 80% en tiempo de atención profesional (Greist y cols., 2002). Su versión online está siendo evaluada.

En el tratamiento del estrés postraumático disponemos de un caso que ejemplifica lo que antes señalamos con respecto a la disminución del contacto terapéutico. El programa holandés *Net Interapy*, basado principalmente en la lectura y escritura online, consiguió mejorar a los participantes sin que el tiempo dedicado por el terapeuta a cada caso (11 horas) reduzca significativamente el que podría suponer una terapia cara a cara con un contenido semejante (Lange, Hudcovicova, van de

Ven, Schrieken y Emmelkamp, 2003). En este caso, es la comodidad y la facilidad de acceso al tratamiento (desde un ordenador en casa) las que contribuyen a la utilización de este tipo de herramientas.

Por último, entre los problemas que pueden agruparse en torno a la ansiedad generalizada, la propia indefinición del problema conduce a elaborar programas con componentes menos específicos que en otros casos. Mencionaremos, no obstante, un programa, el estadounidense *Therapeutic Learning Program*, con elementos dedicados a identificar problemas de relación social, pensamientos erróneos, y propuestas acerca de nuevas conductas y cómo introducirlas en situaciones futuras, dirigido a pacientes con problemas psicológicos moderados y poco definidos. Consiguió reducir en un 40% el tiempo de contacto terapéutico con respecto a un grupo de terapia cara a cara aunque, paradójicamente, las mejoras en ambos grupos no incluyeron la ansiedad (Jacobs y cols., 2001).

### **Depresión**

Como hicimos en el caso de la ansiedad, comenzaremos por un programa avalado por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* británico. *Beating the Blues* (BB) ha sido recomendado por este organismo para el tratamiento de la depresión ligera o moderada en el sistema público de salud británico. Aunque la comparación con un tratamiento similar llevado a cabo en una consulta cara a cara aún no ha terminado (lo que permitirá saber si ahorra tiempo al terapeuta), ha demostrado su eficacia y su eficiencia en un estudio controlado (Proudfoot y cols., 2003). En este trabajo, dos grupos de pacientes aquejados de ansiedad, depresión o con síntomas mixtos fueron tratados de igual manera por un médico de familia: medicación cuando fue necesaria, diálogo, protección social y derivación a especialistas excepto a profesionales de la salud mental. Uno de los grupos, además, utilizó el programa BB, basado en terapia cognitivo conductual para la depresión (reestructuración cognitiva, activación conductual, solución de problemas, etc.). El grupo que utilizó BB mejoró significativamente más que el que no lo hizo, siendo despreciable el incremento económico que supuso la inclusión de BB. El tiempo extra de atención recibida por el grupo que utilizó BB (90 minutos durante los dos meses de tratamiento) podría explicar parte del incremento en la mejoría. El valor añadido que tiene este estudio es haberse llevado a cabo en las consultas de medicina familiar del sistema público.

En la versión online en el tratamiento para la depresión contamos con el estadounidense ODIN (Overcoming depression on the Internet) y el australiano *MoodGym*. La peculiaridad del primero consiste en que, además de tratarse de un enfoque basado en la reestructuración cognitiva, dejando a un lado la activación conductual, en un primer estudio, sus usuarios no recibieron ningún tipo de apoyo por parte de los terapeutas. Los resultados fueron nulos y se achacaron a una muestra con

un nivel de depresión mayor del pretendido y falta de uso del programa (Clarke y cols., 2002). En un segundo intento, (Clarke y cols., 2005) los autores incluyeron el envío de mensajes recordatorios a través de tarjetas postales o de llamadas telefónicas, mejorando sus resultados. Parece, pues, que el contacto con el profesional, por mínimo que sea, puede ser necesario.

En un estudio controlado utilizando *Moodgym* encontramos que, comparando este programa, altamente interactivo -con muchas propuestas de actividad y la necesidad de expresarse por escrito a menudo-, con una página educativa sobre la depresión (*Blue Pages*), no aparecieron diferencias entre ellos y ambos produjeron mejoría en los participantes (Christensen, Griffiths y Jorm, 2004). Si tenemos en cuenta que los abandonos fueron mayores en *MoodGym* que en *Blue Pages*, nos podemos preguntar si fueron debidos a un exceso de demanda de actividad sobre el participante (Marks, Cavanagh y Gega, 2007). Además, el nivel de educación de los pacientes era elevado, con lo que puede no funcionar de igual manera con participantes de menor nivel cultural.

### ***Trastornos del comportamiento alimentario***

El añadir una hora de apoyo de un profesional al tratamiento auto aplicado con un CD-ROM no produce ningún beneficio. A este resultado llegaron los creadores de *Overcoming Bulimia*, un programa de tratamiento cognitivo-conductual con componentes motivacionales y educativos (Murray y cols., 2007). No es raro encontrarnos con contradicciones en un campo de investigación joven y esto es lo que ocurre en este ámbito. La diversidad de modelos de intervención hace difícilmente comparables los programas entre sí y el pronunciarse a priori sobre si esta u otra característica producirá uno u otro efecto es todavía muy aventurado.

En Internet, el programa *NetBehaviour Therapy for Weight Loss* ha conseguido interesantes resultados (Tate, Wing y Winett, 2001). Los participantes que usaron este programa online, compuesto por un diario de auto registro del peso, un tablero de noticias, correo electrónico semanal y una página informativa, perdieron más peso en 24 semanas que quienes usaron solo la página informativa. Como hemos comentado en otras ocasiones, este estudio no tiene como meta la reducción del contacto terapéutico, pero su utilidad reside en otros factores como la comodidad de uso y la privacidad. Estos resultados fueron obtenidos con personal de un hospital, pero los repitieron luego con una muestra de pacientes con sobrepeso y alto riesgo de padecer diabetes tipo II (Tate, Jackvony y Wing, 2003). En ambos estudios, la disminución de peso correlacionaba con un mayor número de entradas en el programa.



### **Niños y adolescentes**

Quizás uno de los grupos que pueden acercarse con menos prejuicio a los tratamientos sustentados en las nuevas tecnologías son los niños y adolescentes. Nacidos en un ambiente tecnológico, rodeados de ordenadores y otros dispositivos electrónicos, el rechazo tecnológico no es un problema.

Un ejemplo de estos programas es *BRAVE*, un sistema de tratamiento de la ansiedad infantil con distintos componentes cognitivo-conductuales entre los que se encuentra la relajación. En un estudio controlado, se comparó un grupo de terapia cara a cara con otro que utilizó *BRAVE* y la mitad de terapia en persona. Los resultados fueron comparables, ahorrando el sistema online el 50% del tiempo terapéutico (Spence, Holmes, March y Lipp, 2003).

El juego puede ser un aliado con los pacientes más jóvenes. Así lo entendieron los creadores de *Asthma Command*, un juego en el que los niños aprenden a identificar y tratar sus síntomas asmáticos. Complementando el tratamiento habitual con un médico, el juego mejoró el conocimiento sobre su problema y el comportamiento al respecto de los niños asmáticos (Rubin y cols., 1986).

Hasta aquí el repaso resumido de algunos de los programas de tratamiento que hacen uso de ordenadores e Internet. Ellos están ofreciendo resultados positivos en ámbitos diversos: adicción al tabaco, al alcohol, cefaleas, lumbalgia, insomnio, jet-lag, autismo, etc., con unos resultados favorables a la utilización de las nuevas tecnologías incorporan ventajas nada desdeñables.

### **Antes del tratamiento: Evaluación online**

Uno de los problemas que pueden plantear los tratamientos a distancia atañe a la evaluación de los pacientes. Al igual que ocurre en la terapia cara a cara, los auto-informes tipo test no son suficiente para llevar a cabo una buena evaluación, pero sus características (muy estructurados, datos cuantitativos) los convierten en herramientas de evaluación muy fáciles de convertir en formatos electrónicos (Buchanan, 2003). Aunque son diversas las maneras a través de las que se pueden obtener datos para una terapia online más allá de los test electrónicos (Barak y Buchanan, 2004) vamos a comentar dos trabajos que se centran en la necesidad de analizar las propiedades psicométricas de estas herramientas antes de utilizarlas en Internet.

En ambos trabajos se comparan las versiones electrónicas y de lápiz y papel del GHQ-28 (Goldber y Hillier, 1979) y del SCL-90-R (Derogatis, 1977) en una situación experimental test-retest. El primero de los trabajos encontró algunas pequeñas diferencias en el nivel de las puntuaciones de la escala C (disfunción social) del GHQ-28, mayores en la versión electrónica, y en distintas escalas del SCL-90-R, diferencias que, en

este caso, tenían que ver con el orden de presentación de los dos formatos (Vallejo, Mañanes, Comeche y Díaz, en prensa). Ninguna de estas diferencias eran lo suficientemente sustanciales para no recomendar el uso online de estos cuestionarios.

El segundo trabajo, en mejores condiciones ecológicas (los cuestionarios online se completaban en casa del participante a diferencia de la situación grupal del otro estudio), los resultados también avalaron la fiabilidad de ambos cuestionarios en su formato electrónico (Vallejo, Jordán, Díaz, Comeche y Ortega, 2007a). Este trabajo, sin embargo, no estaba contrabalanceado, con lo que no se podía apreciar los efectos de orden que aparecían en el primer trabajo.

En estos momentos, se encuentran en funcionamiento trabajos que validarán herramientas de evaluación online para fibromialgia y ansiedad social en niños y adolescentes.

Con estos pequeños apuntes sobre evaluación queremos resaltar que, aun teniendo en cuenta que algún contacto personal cara a cara o a través del teléfono puede ser muy recomendable incluso en aquellos programas más autosuficientes, la evaluación online puede aportar información de forma rápida, sin errores de corrección y en situaciones cómodas para el paciente.

### **Psicología clínica online en España**

En un país en donde todavía la gran mayoría de las personas son atendidas por un servicio de sanidad público destaca lo poco desarrollada que se encuentra la psicología online pública con respecto a la psicología ejercida por profesionales e instituciones privadas. En un trabajo anterior (Vallejo y cols., 2007b) analizamos el contenido de 185 páginas dedicadas a la psicología clínica. Entre los resultados más destacados, podemos mencionar que la posibilidad de identificar claramente a los profesionales que se encontraban tras las páginas estaba relacionada con otras características que contribuían a dar una imagen de seriedad y profesionalidad (fácil contacto con los profesionales, contenidos de calidad contrastada, enlaces con otros sitios de psicología relevantes). La orientación cognitivo-conductual era con mucha diferencia la que más servicios online ofrecía. En cuanto a la sanidad pública, proponíamos entonces que la utilización de programas de tratamiento online contrastados podía suponer una forma de proporcionar una nueva forma de acceso a la salud mental de la mayoría de la población con un coste razonable. El trabajo de nuestros colegas británicos parece avalar esta propuesta.

También en España, hemos llevado a cabo una experiencia de consultorio psicológico online. En una página de acceso libre, cualquier

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de la muestra completa

<b>Características sociodemográficas (N = 1052)</b>	<b>%</b>	<b>Características sociodemográficas (N = 1052)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		<b>Procedencia</b>	
Mujer	63.7	España	62.5
Hombre	36.3	Otros países U. E.	2.1
		Resto de Europa	.3
		Latinoamérica	30.9
		Norteamérica	2
		Resto del mundo	2.2
<b>Edad (años)</b>		<b>Residencia</b>	
16-24	28.7	Ciudad pequeña	27.5
25-34	45.6	Ciudad mediana	32.5
35-44	18	Ciudad grande	17.9
45-54	6.7	Capital de Estado	22.1
55 ó más	1		
<b>Estado civil</b>		<b>Internet</b>	
Soltero/a	63.2	Lo usa habitualmente	89.8
Casado/a	28.2	No lo usa	10.2
Divorciado/a	8.2		
Viudo	.4		
		<b>Tratamiento medico relacionado con la consulta</b>	
<b>Nivel de estudios</b>		<b>Actual</b> Sí	13.4
Primarios	6	No	86.6
Bachillerato	26.3		
Formación profesional	26	<b>Pasado</b> Sí	19.5
Diplomados	16.7	No	80.5
Licenciados	24.9		
		<b>Tratamiento psicológico relacionado con la consulta</b>	
<b>Nivel socio-económico</b>		<b>Actual</b> Sí	19
Bajo	5.4	No	81
Medio-bajo	21		
Medio	58.6	<b>Pasado</b> Sí	20.7
Medio-alto	13.7	No	79.3
Alto	1.3		
<b>Status laboral</b>		<b>Cronicidad</b>	
Activo	73.8	1 mes	10.6
Parado	25.4	3 meses	9.8
Jubilado	.9	6 meses	10.8
		1 año	11.5
<b>Baja laboral</b>		2 años	11.7
Sí	10.6	3 años	9.1
No	72.2	4 ó más años	36.4
No procede	17.2		

usuario podía plantear una pregunta que sería respondida por un psicólogo. Para poder participar, además debía completar un pequeño cuestionario sociodemográfico y los dos cuestionarios de *screening* psicopatológico que mencionamos arriba. Con este trabajo pretendíamos conocer mejor a los posibles usuarios de psicología clínica online en nuestro país. Aunque lo primero que podríamos decir es que al referirnos a un servicio online, es más conveniente hablar de lenguas, el español en este caso, que de países. Así, entre nuestros usuarios (N = 1052) el 30,9 % lanzó sus consultas desde Hispano-América. Este dato nos debe alertar ante posibles discrepancias entre las legislaciones de los países del profesional y el paciente, además de los conflictos culturales que pueden surgir (Skinner y Latchford, 2004).

Como ya apuntábamos arriba, en esta muestra, las personas con niveles educativos y con ingresos más bajos estaban poco representadas en la muestra (alrededor del 5 % en ambos casos) lo que supone una desventaja de las posibles terapias online con respecto a las consultas cara a cara. En comparación, de una muestra de más de cinco mil personas que acudieron a servicio de salud mental español, el 51,6 % poseía solamente estudios primarios (Valero y Ruiz, 2003). La falta de acceso a las nuevas tecnologías puede implicar una dificultad añadida para acceder a determinados servicios, entre ellos los de salud. En cuanto a los datos clínicos, el más destacado tenía que ver con la cronicidad. Más del 50 % de los usuarios de nuestro servicio padecían sus problemas desde hacía más de dos años. Si por un lado la facilidad de acceso a un profesional online podría llevar a buscar ayuda rápidamente, estos servicios también pueden convertirse en una posibilidad nueva para pacientes que habían descartado encontrar un tratamiento adecuado o no se atrevían a solicitarlo.

En cuanto a los problemas que presentaban nuestros usuarios utilizamos las escalas del GHQ-28 (Depresión severa, Ansiedad-Insomnio, Disfunción Social y Somatización) y su puntuación total para distribuirlos. Con los datos de esta herramienta, se puede concluir que el 82 % de quienes nos consultaron padecían un problema que podía requerir una intervención profesional. Los más numerosos eran los casos que tenían que ver con la ansiedad. A primera vista, las mujeres (el 63,7 % de la muestra) padecían más problemas psicológicos en general y de somatización en particular que los hombres. Sin embargo esta relación estaba mediada por el nivel cultural y de ingresos. Solo entre las mujeres con menos educación y con menos ingresos era más probable que se padeciera un problema psicológico. Otras relaciones destacadas entre el tipo de problemas de los internautas que nos visitaron y sus características sociodemográficas: menos casos de depresión entre quienes trabajan y tienen pareja, o la constatación de que ninguna de estas características eran relevantes para sufrir un problema relacionado con la ansiedad o el insomnio.

## Perspectivas

Son muchos los aspectos que necesitan ser investigados en relación con el uso de los ordenadores y de Internet en la psicoterapia, pero el volumen de trabajos que ya se han llevado a cabo y que están en marcha indica que estos programas han llegado para quedarse. Algunos aspectos importantes requieren una atención inmediata: el alto nivel de abandonos, por ejemplo. Como apuntábamos al hablar de los programas dedicados a la infancia, uno de los mayores obstáculos que podría retraer o aburrir a los posibles pacientes, la poca familiaridad con el uso de ordenadores, irá desapareciendo sin remisión, y convertirá a la mayoría de la población en usuarios más o menos hábiles. En este sentido, el tiempo corre a favor de los programas que utilizan el ordenador, el teléfono móvil o Internet. Otra cuestión relevante consiste en establecer qué nivel de contacto terapéutico es necesario para que un programa determinado funcione. El importante objetivo de la reducción del tiempo terapéutico no debe comprometer los resultados clínicos. En este sentido, conviene tener presente que la meta de un programa absolutamente autónomo puede no ser la más acertada. Aunque desde un punto de vista comercial la auto-ayuda electrónica es una posibilidad de la que sin duda se sacará provecho, no conviene que sea esta la imagen dada principalmente. Más que eliminar el contacto terapéutico, este tipo de programas pueden servir para que el paciente no tenga que visitar al terapeuta para llevar a cabo actividades que las nuevas tecnologías solventan con un par de clic o para recibir una información que le será más cómodo recabar de una página Web. Sin embargo, la presencia en los momentos adecuados de un profesional que guíe y refuerce los avances del paciente puede ser esencial. Como decíamos al comenzar este artículo, esta tecnología debe ser un complemento más dentro de la terapia, no la sustitución del terapeuta.

Querríamos insistir en dos aspectos antes de concluir. El primero tiene que ver con los trabajos de desmantelamiento. Los programas modulares son magníficos laboratorios para este tipo de trabajos y pueden aportar información relevante que trascienda las terapias asistidas por ordenador, al poder aislar los efectos de cada componente. Por último, resaltar que, a pesar de todas las propuestas de investigación que podamos hacer para mejorar este campo, no debemos olvidar que los programas de tratamiento que hemos comentado en este artículo ya han ayudado a muchas personas, por lo que no se trata de hablar de ellos como algo que llegará, sino de una posibilidad de tratamiento que solo la barrera del idioma puede, de momento, impedir su uso en nuestro país. Los ejemplos de *Fear Fighter* y *Beating the Blues* y su aval del NICE

para ser utilizados en la sanidad pública británica supone dotar de carta de ciudadanía a las psicoterapias asistidas por ordenadores.

## **Referencias**

- Barak, A.-Buchanan, T.(2004): Internet-based psychological testing and assessment. In *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. London: Elsevier Academic Press.
- Bornas, X.-Tortella-Feliu, M.-Llabrés, J.(2006): Do all treatments work for flight phobia? Computer-assisted exposure versus a brief multicomponent nonexposure treatment. *Psychotherapy Research*, 16, 41-50.
- Buchanan, T.(2003): Internet-based questionnaire assessment: Appropriate use in clinical contexts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 100-109.
- Carlbring, P.-Furmark, T.-Steczkó, J.-Ekselius, L.-Andersson, G.(2006): An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10, 30-38.
- Carlbring, P.-Nisson-Ihrfelt, E.-Waara, J.-Kollenstam, C.-Buhrman, M.-Kaldo, V.-Söderberg, M.-Ekselius, L.-Andersson, G.(2005): Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321-1333.
- Christensen, H.-Griffiths, K.M.-Jorm, A.F.(2004): Delivering interventions for depression by using the Internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 265-269A.
- Clarke, G.-Eubanks, D.-Reid, E.-Kelleher, C.-O'Connor, E.-De Bar, L.L.-Lynch, F.-Nunley, S.-Gullion, C.(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 (2), e16.
- Clarke, G.-Reid, E.-Eubanks, D.-O'Connor, E.-De Bar, L.L.-Lynn, L.-Kelleher, C.-Lynch, F.-Nunley, S.(2002): Overcoming depression on the Internet (ODIN): RCT of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (3), e14.
- Coldwell, S.E.-Getz, T.-Milgrom, P.-Prall, C.W.-Spadafora, A.-Ramsay, D.S.(2008): A LabVIEW 3 computer program for conducting exposure therapy for the treatment of dental injection fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 429-441.
- Derogatis, L.R.(1977): *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual for the R(evised) Version*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine.
- Goldberg, D.P.-Hillier, V.F.(1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Greist, J.H.-Marks, I.M.-Baer, L.-Kobak, K.A.-Wenzel, K.W.-Hirsch, M.J.-Mantle, J.M.-Clary, C.M.(2002): Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 138-145.
- Hayward, L.-MacGregor, A.D.-Peck D.F.-Wilkes, P.(2007): The feasibility and effectiveness of computer-guided CBT (Fear Fighter) in a rural area. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 409-419.
- Jacobs, M.K.-Christensen, A.-Snibbe, J.R.-Dolezal-Wood, S.-Huber, A.-Polterok, A.(2001): A comparison of computer-based versus traditional psychotherapy. *Professional Psychology Research and Practice*, 32, 92-96.
- Kenwright, M.-Marks, I.M.-Gega, L.-Mataix-Cols, D.(2004): Computer-aided self-help for panic/phobia via Internet at home: a pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.

- Lange, A.-Rietdijk, D.-Hudcovicova, M.-van de Ven, J.P.-Schrieken, B.-Emmelkamp, P.M. G.(2003): Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Marks, I.M.-Cavannagh, K.-Gega, L.(2007): *Hands-On Help. Computer-Aided Psychotherapy*. East Sussex: Psychology Press.
- Marks, I.M.-Kenwright, M.-McDonough, M.-Whittaker, M.-Mataix-Cols, D.(2004): Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- Murphy, L.J.-Mitchell, D.L.(1998): When writing helps to heal: e-mail as therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26, 21-32.
- Murray, K.-Schmidt, U.-Pombo-Carril, M.G.-Groover, M.-Alenya, J.-Treasure, J.(2007): Does therapist guidance improve uptake, adherence and outcome from a CD-ROM based cognitive-behavioral intervention for the treatment of bulimia nervosa? *Computers in Human Behavior*, 23, 850-859.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2006): *Computerised cognitive behaviour therapy (CCBT) for the treatment of depression and anxiety*. Technology Appraisal nº 97. London: NICE.
- Proudfoot, J.-Goldberg, D.-Mann, A.-Everitt, B.-Marks, I.-Gray, J.A.(2003): Computerized interactive multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.
- Richards, J.C. ; Klein, B.-Austin, D.W.(2006): Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, 10, 2-15.
- Rochlen, A.B.-Zack, J.S.-Speyer, C.(2004): Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 269-283.
- Rubin, D.H.-Leventhal, J.M.-Sadock, R.T.-Letovsky, E.-Schottland, P.-Clemente, I.-McCarthy, P.(1986): Educational intervention by computer in childhood asthma – A randomized clinical-trial testing the use of a new teaching intervention in childhood asthma. *Pediatrics*, 77, 1-10.
- Skinner, A.E.G.-Latchford, G.(2004): International and multicultural issues in online counseling. In *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. London: Elsevier Academic Press.
- Spence, S.H.-Holmes, J.M.-March, S.-Lipp, O.V.(2003): The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 614-621.
- Suler, J.(2001): Assessing a person's suitability for online therapy: The ISMHO clinical case study group. *CyberPsychology and Behavior*, 4, 675-679.
- Suler. 2004. The online disinhibition effect. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 321-326.
- Tate, D.F.-Jackvony, E.H.-Wing, R.R.(2003): Effects of Internet behavioral counselling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes – A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1833-1836.
- Tate, D.F.-Wing, R.R.-Winnett, R.A.(2001): Using Internet to deliver a behavioral weight loss program. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1172-1177.
- Valero, L.-Ruiz, M.A.(2003): Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.

- Vallejo, M.A.-Mañanes, G.-Comeche, M.I.-Díaz, M.I. (en prensa): Comparison between administration via Internet and paper-and-pencil administration of two clinical instruments: SCL-90-R and GHQ-28. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatr.*
- Vallejo, M.A.-Jordán, C.M.-Díaz, M.I.-Comeche, M.I.-Ortega, J.(2007a): Psychological Assessment via the Internet: A Reliability and Validity Study of Online (vs Paper-and-Pencil) Versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9 (1): e2.
- Vallejo, M.A.-Jordán, C.M.-Mañanes, G.-Vasallo, A.-Comeche, M.I.-Díaz, M.I.(2007b): Clinical psychology offers in the Internet in Spain. *Computers in Human Behavior*, 23, 2133-2143.