

Psicodebate Vol. 16 Nº 2 | Diciembre 2016 | ISSN: 1515-2251 | e-ISSN: 2451-6600 | 51-72
<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.597>

Sonreír es Divertido, una intervención online para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales

Adriana Mira,¹ Luis Farfallini,² Rosa Baños,³ Juana Bretón-López⁴
y Cristina Botella⁵

Artículo

Material original autorizado para la publicación en la revista Psicodebate. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.

Recibido 24-06-2016 | Aceptado 29-08-2016

Resumen

Los trastornos emocionales representan una problemática en Salud Mental que conlleva un elevado costo personal y social, por lo que diseñar herramientas para su tratamiento y prevención es uno de los desafíos actuales de la psicología clínica. El programa Sonreír es Divertido es un sistema online diseñado bajo la perspectiva transdiagnóstica y el protocolo unificado de Barlow. En este trabajo se presenta una descripción del programa y datos preliminares de su eficacia, obtenidos en un estudio piloto llevado a cabo en España. El programa se muestra capaz de disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, así como de mejorar el afecto positivo y negativo de los participantes. Estos datos preliminares nos muestran el potencial de este tipo de intervenciones que se encuentran con gran desarrollo en muchos de países de Europa, en Norteamérica y Australia. Sonreír

1 Universitat Jaume I - España; miraa@uji.es

2 CIIPME-CONICET, Fundación Aiglé - Argentina; lfarfallini@conicet.gov.ar

3 Universitat de València, CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) - España; banos@uv.es

4 Universitat Jaume I - España; breton@uji.es

5 Universitat Jaume I, CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) - España; botella@uji.es

Este trabajo ha sido subvencionado en parte por el Ministerio de Economía y Competitividad (proyecto PSI2014-54172-R) y el Programa de Investigación de Excelencia de la Comunidad Valenciana (PROMETEOII/2013/003).

es Divertido es el primer programa en español que posee datos de eficacia. En Latinoamérica hay muy pocos trabajos publicados con estas características, pero ya hay investigadores que están trabajando en la región, por lo tanto se espera que los desarrollos bajo esta línea de investigación crezcan en los próximos años.

Palabras Clave: trastornos emocionales, TICs, transdiagnóstico, intervenciones online.

Smiling is Fun, an online intervention for the prevention and treatment of emotional disorders

Abstract

Emotional disorders represent a Mental Health problem that carries a high personal and social cost. Designing tools for treatment and prevention is one of the current challenges of clinical psychology. The program Smiling is Fun is an online system designed taking in account the transdiagnostic perspective and based on the Unified Protocol of Barlow. This paper presents a description of the program and preliminary data of its effectiveness obtained in a pilot study conducted in Spain. The program is shown able to decrease depressive and anxiety symptoms, as well as to improve the positive and negative affect of the participants. This preliminary data shows the potential of this type of interventions that are being developed in many countries around Europe, in North America, and Australia. Smiling is Fun is the first program in Spanish that has efficacy data already being published. In Latin America there are very few published papers with these features, but there are already some researchers who are working in this region, therefore it is expected that developments under this line of research will grow up in the coming years.

Keywords: emotional disorders, ICTs, transdiagnostic perspective, online interventions.

En los servicios de Salud Mental los trastornos emocionales constituyen uno de los problemas más importantes, y su tratamiento supone un coste económico muy elevado. Según Kohn et al. (2005), en América Latina y el Caribe los trastornos mentales representan el 22.2% de la carga total de la enfermedades que se atienden en centros de atención primaria, siendo los más comunes los trastornos depresivos (13.2%).

Aunque contamos con datos epidemiológicos de algunos países latinoamericanos, deben tomarse con cautela, ya que es difícil encontrar datos actualizados. Por ejemplo, en Chile el diagnóstico de depresión ha sido una de las principales causas de baja laboral (SUSESO, 2008), aumentando el porcentaje de licencias por enfermedad en un 15% de 2005 a 2008. En Chile y en Colombia, los datos de estudios recientes muestran que el punto de prevalencia de síntomas depresivos es del 36.2%, identificando como factores de riesgo: ser mujer, tener un diagnóstico previo, ideación suicida, problemas de sueño, una pérdida reciente, historia familiar asociada a la depresión y alcoholismo (Richards, 2011). Además, algunos estudios informan de una alta incidencia de factores de riesgo en estudiantes universitarios (Cova et al., 2007; Osornio & Palomino, 2009; Richards & Salamanca Sanabria, 2014). En Colombia, otros estudios sitúan la prevalencia de la depresión entre el 6.8% y 10% (Gómez–Restrepo et al., 2004; Organización Mundial de la Salud, 2004). Resultados similares fueron encontrados en Brasil (Nogueira, Neto, & Macedo, 2004). Finalmente, en un estudio realizado en la provincia de Corrientes (Argentina), se determinó una prevalencia del 11% de los trastornos de ansiedad y del 24% de depresión (Festorazzi Acosta, Rodríguez, & Lotero, 2008).

Por otro lado, más de la mitad de las personas afectadas por trastornos de ansiedad (63.1%) y depresión (58.9%) no reciben tratamiento psicológico alguno, corriendo el riesgo de que el problema se cronifique e interfiera de manera significativa en otras áreas del funcionamiento (Kohn et al., 2005; Schneier et al., 1994). Rodríguez, Kohn y Aguilar–Gaxiola (2010) señalan que, en América Latina, la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia, y que el 75% lo hace antes de los 24 años de edad. Además, dado que la población adulta mayor se ha incrementado en estos países, también han aumentado los trastornos mentales asociados a esta etapa de la vida y los datos señalan que el 30% de las personas mayores de 65 años padecen de depresión.

Estos datos subrayan la importancia de desarrollar y diseñar estrategias y procedimientos capaces de identificar población en riesgo, así como programas de intervención eficaces para la prevención de este tipo de problemas. En el Plan Nacional de Salud Mental publicado en 2013 por el Ministerio de Salud en Argentina, se manifiesta como prioritario atender a la prevención del suicidio y de otras problemáticas de salud mental que afectan a niños y adultos mayores

(Ministerio de Salud, 2013). Tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el Ministerio de Salud Argentino señalan la importancia de mejorar la oferta de atención para aquellas personas que con un diagnóstico de trastornos mental no reciben ningún tipo de atención (OPS, 2011).

En las últimas décadas, los tratamientos cognitivo-comportamentales (TCC) han acumulado evidencia a favor de su eficacia y eficiencia (Antony & Stein, 2009; Barlow, Raffa, & Cohen, 2002; Mayo-Wilson et al., 2014). En general, se trata de protocolos estandarizados que se pueden aplicar en diversos contextos. Resulta todo un desafío ofrecer un tratamiento eficaz, sin encarecer en exceso los costes en salud, ni reducir la eficacia del tratamiento que se administra, siendo prioritario el brindar un tratamiento psicológico basado en la evidencia (TPBE).

A nivel mundial, el uso de Internet está suponiendo un nuevo modo de dispensar TCC (Andersson, 2009; Johansson & Andersson, 2012). Estos tratamientos pueden tener diversas formas: grupos de apoyo de auto-ayuda, programas interactivos, terapia online. En estos últimos, los pacientes trabajan a partir de una guía auto-aplicada y adaptada para ser dispensada a través de la web. Cada paciente puede usarla a su ritmo y en el momento en que lo desee. Esta alternativa ha demostrado ser una intervención eficaz y de bajo coste para los trastornos emocionales (Botella, Hoffman, & Moscovitch, 2004; Botella et al., 2010; Hedman et al., 2014; Titov et al., 2015).

Especialmente, en el campo de los trastornos emocionales, destacan los programas realizados por el grupo de Andrews y Titov en Australia (Andrews & Titov, 2009, 2010; Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Johnston, 2009), quienes han desarrollado y sometido a prueba programas auto-aplicados para la ansiedad (Titov, Andrews, Johnston, Rovinson, & Spence, 2010), el trastorno de pánico, (Wims, Titov, Andrews, & Choi, 2010), la fobia social (Andrews, Davies, & Titov, 2011; Aydos, Titov, & Andrews, 2009), el trastorno de ansiedad generalizada (Titov, Andrews, Kemp, & Robinson, 2010), la preocupación ansiosa (Lorian, Titov, & Grisham, 2012), el trastorno por estrés post-traumático (Spence et al., 2011), y para la depresión (Perini, Titov, & Andrews, 2009; Titov et al., 2015). Estos datos muestran que, durante los últimos años, se ha avanzado mucho en el desarrollo de tratamientos psicológicos administrados mediante Internet. Recientemente, en el *Annual Review of Clinical Psychology*, Andersson (2016) señala que se han encontrado datos de eficacia para una amplia gama de condiciones psiquiátricas y somáticas; y concluye que esta forma de intervenir puede ser tan eficaz como los métodos tradicionales, produce mejoras sostenidas en los pacientes, puede ser utilizada en condiciones clínicas representativas y es rentable (Andersson, 2016).

Una ventaja fundamental de este tipo de programas es que reducen el tiempo de contacto entre paciente y clínico, además de llegar a pacientes que no recibirán

tratamiento de otro modo (Rochlen, Zack, & Speyer, 2004). Por otro lado, las revisiones sistemáticas realizadas muestran que los tratamientos a través de Internet y computarizados son intervenciones eficaces (Cuijpers et al., 2008; Johansson & Andersson, 2012; Spek et al., 2007), y, además, las guías clínicas elaboradas por *The National Institute of Clinical Excellence (NICE Guidelines)* apoyan su utilización en el sistema público de salud, como en el caso del programa *Beating the Blues* para el tratamiento de la depresión y la ansiedad (Cavanagh & Shapiro, 2004; Proudfoot et al., 2004) y *Fear Fighter* para el tratamiento de las fobias y el trastorno de pánico (Gega, Norman & Marks, 2007). En Latinoamérica existe ASCENSO, un programa online chileno desarrollado para monitorear a los pacientes con depresión y brindarles apoyo en caso de ser necesario. Los estudios realizados son preliminares e indican buenos niveles de aceptación por parte de los pacientes (Espinosa et al., 2015) y en población adolescente (Carrasco, 2016).

Sin embargo, el primer programa online en castellano para los trastornos emocionales estuvo a cargo del grupo de investigación LabPsiTec (www.labpsitec.es), líderes en España en el uso de las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación) para mejorar los tratamientos clínicos. Este programa recibe el nombre *Sonreír es Divertido*. Se ha sometido a prueba en población española en el marco del proyecto europeo OPTIMI (*Online Predictive Tools for Intervention in Mental Illness*; Botella, Moragrega, Baños, & García-Palacios, 2011), con varones desempleados de larga duración, y los resultados son alentadores (Botella et al., 2012; Botella, Mira, Moragrega et al., 2015; Mira et al., 2012). Además, en un estudio controlado y aleatorizado (ECA), se evaluó la eficacia diferencial de *Sonreír es divertido* para la prevención y el tratamiento de la depresión de gravedad leve o moderada, con y sin apoyo por parte de un terapeuta (Mira, 2014). El protocolo de tratamiento utilizado ha demostrado ser eficaz para mejorar la situación clínica, observándose mejoras significativamente superiores respecto a un grupo de control. Además, las mejoras se mantienen al año de seguimiento, y el programa ha sido bien valorado y aceptado por los participantes. Se ha mostrado pues cómo los participantes mejoran únicamente con el apoyo proporcionado por el propio programa autoaplicado (feedback, correos, SMS de recordatorio, herramientas transversales), lo que puede contribuir todavía más al ahorro de tiempo que caracteriza a este tipo de intervenciones. Además, también en España, se ha realizado un estudio multicéntrico en el que se ha implementado *Sonreír es Divertido* en atención primaria y los resultados son alentadores (López-del-Hoyo et al., 2013).

En este trabajo se presenta una descripción del programa *Sonreír es Divertido* y los datos preliminares de su eficacia obtenidos en un estudio piloto llevado a cabo con dos participantes en España.

Método

El programa de Intervención

Sonreír es Divertido incorpora estrategias para mejorar el estado de ánimo positivo, así como los enfoques más tradicionales para prevenir el estrés y la depresión. Además, combina los procedimientos existentes más efectivos para controlar la ansiedad y el estrés con estrategias para promocionar la regulación emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia.

El programa tiene dos objetivos principales: la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales (Botella et al., 2011). Pretende reducir su incidencia, atendiendo tempranamente a aquellas personas en alto riesgo. Además, entrena a la persona en formas adaptativas de afrontar los problemas y superarlos. Es el primer programa en castellano que cuenta con estudios de validación en población española (Botella, Mira, Herrero, García-Palacios, & Baños, 2015). El programa no requiere entrenamiento previo para su utilización. El protocolo de tratamiento consta de 8 módulos orientados a enseñar distintas técnicas psicológicas y formas adaptativas de afrontar el estrés. Además de los componentes de la TCC, se incluyen ejercicios prácticos y estrategias para mejorar el afecto positivo. Se ofrece información a los usuarios para que realicen un seguimiento de su estado dentro del tratamiento: *gráficas*, para ver la evolución de sus puntuaciones después de haber cumplimentado cada módulo (afecto positivo y negativo, ansiedad y depresión); un *calendario*, donde se muestra la frecuencia de acceso al sistema y las tareas realizadas o pendientes; y un *diario de actividad*, que muestra la relación entre el estado de ánimo y las actividades realizadas.

Componentes terapéuticos y módulos de intervención

El programa incluye 8 módulos con los siguientes componentes de tratamiento, siguiendo la lógica de los TCC: motivación, psico-educación, activación comportamental, terapia cognitiva, estrategias de psicología positiva y prevención de recaídas. Se comienza por el módulo *Home*, en el que se explica en qué consiste *Sonreír es Divertido*, su objetivo y los profesionales que trabajan junto al programa. Además se muestran videos con casos modelos, con el objetivo ayudar a las personas a reconocer sus propios síntomas. En el siguiente módulo, *Bienvenida*, se explican las condiciones de uso del programa y se dan algunas recomendaciones para que el participante pueda capitalizar al máximo los beneficios del mismo.

Cada uno de los 8 módulos que siguen se centra en un tema importante, con un objetivo diferente y ejercicios diseñados para aprender distintas técnicas psicológicas (ver tabla 1).

Tabla 1.
Módulos de Sonreír es Divertido.

M1. Motivación para el cambio.	Se ayuda al participante a: pensar sobre las razones del cambio, los pros y los contras; comprender que el cambio depende de él; entender la importancia de estar motivado para conseguirlo, fomentando su implicación en las tareas que se le proponen.
M2. Entendiendo los problemas emocionales.	Proporciona información para reconocer y comprender los problemas emocionales. Muestra y enseña formas adaptativas de enfrentar los problemas cotidianos, planteándose como algo crucial y necesario para la vida.
M3. Aprendiendo a ponerse en marcha.	Enseña la importancia de realizar actividades para adquirir un nivel adecuado de activación e implicación con la vida, y cómo el aislamiento y pasividad en las tareas incide negativamente en los problemas y el estado de ánimo.
M4. Aprendiendo a ser flexible.	Explica el modo en que los pensamientos negativos e irracionales contribuyen a mantenernos atrapados en el círculo vicioso del malestar, estado de ánimo negativo e inactividad. Se enseña a flexibilizar la forma de pensar e interpretar situaciones, con el fin de distinguir diferentes alternativas o perspectivas.
M5. Aprendiendo a disfrutar.	Se destaca la importancia de las emociones y experiencias positivas. Explicando, nos ayudan a ampliar los recursos intelectuales, físicos y sociales, potenciando las acciones exploratorias y la aparición de pensamientos originales.
M6. Aprendiendo a vivir.	Muestra la importancia de tener los valores y las metas en la vida. Se diferencia entre experiencias positivas que meramente suponen momentos de placer momentáneo y el logro del bienestar psicológico. Se ejercita en habilidades para enfrentar adecuadamente los problemas, sin negarlos o evitarlos.
M7. Viviendo y aprendiendo.	Se le ayuda al participante a entender la vida como un proceso de aprendizaje continuo, de cambio y de crecimiento personal.
M8. ¿Y a partir de ahora qué...?	Se explica que el final del programa es solamente el principio del camino de cada uno, que debe seguir haciendo uso de las armas y técnicas proporcionadas para afianzar lo aprendido y poder marcar su propio camino.

La estructura de los módulos es similar: primero se plantean preguntas relacionadas con el módulo anterior, se explica el/los contenidos del módulo, se proponen ejercicios y se realizan preguntas de autocomprobación. Posteriormente, se indican las tareas que el participante debe realizar para practicar lo aprendido en el módulo. El sistema permite repasar el contenido las veces que sean necesarias.

Participantes

El participante 1 (P1) es un hombre español de 31 años, soltero y con estudios secundarios. En el momento de empezar el programa de intervención estaba en situación de desempleo. Además, refiere que tiene deudas y que otros familiares también están desempleados. A esto se suma que un miembro de su familia sufre una enfermedad crónica y que tiene conflictos familiares. Por todo esto refiere que tiene un estado de ánimo bajo. Según la entrevista diagnóstica (MINI) cumple criterios de depresión mayor, de gravedad moderada (BDI-II = 25).

La participante 2 (P2) es una mujer española de 46 años, casada y con estudios secundarios. En el momento de empezar el programa de intervención estaba en situación de desempleo. También otros familiares estaban desempleados. Además, refiere tener problemas legales y conflictos familiares. A esto se suma que han operado a su hijo, lo que le ha ocasionado mucho estrés. Dice sentirse decaída. Según la entrevista diagnóstica (MINI), cumple criterios de depresión mayor, de gravedad moderada (BDI-II = 24).

Materiales

Los participantes del estudio debían disponer de 1 hora por semana para poder utilizar el sistema, una computadora y acceso a Internet. Los cuestionarios utilizados para realizar las medidas del estudio fueron:

Entrevista diagnóstica:

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI; Lecrubier et al., 1997). Esta es una breve entrevista estructurada de diagnóstico psiquiátrico que evalúa los diagnósticos clave de DSM-IV y CIE-10 (trastornos de ansiedad, del estado del ánimo, psicosis, abuso y dependencia de sustancias). Ha sido traducida y validada en español (Sheehan et al., 1998).

Cuestionarios y escalas de autoinforme:

Inventario Depresión de Beck-Segunda edición –Beck Depression Inventory– Second Edition– (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; Sanz, García Vera, Espinosa, Fortin & Vázquez, 2005). Este instrumento está constituido por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el mundo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. La versión española de este instrumento ha mostrado una consistencia interna elevada ($\alpha = .87$) para la población general y para la población clínica ($\alpha = .89$) (Sanz et al., 2005).

Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad –Overall Anxiety Severity and Impairment Scale– (OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen, & Stein, 2006). Es una medida continua de auto-informe conformada por 5 ítems

que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total. Esta escala se puede utilizar para evaluar la gravedad y el deterioro asociado a cualquier trastorno de ansiedad, trastornos múltiples de ansiedad o síntomas subliminales cuando no se cumplen los criterios de ningún trastorno de ansiedad particular. Un análisis psicométrico de la escala OASIS determinó una buena consistencia interna ($\alpha = .80$), fiabilidad test–retest ($k = 5.82$) y validez convergente (Norman et al., 2006) para esta escala. Se ha traducido al español la escala y se ha empezado el proceso de validación. Los datos confirman la estructura factorial y la fiabilidad y validez de la versión original (Mira et al., 2015).

Escala general de gravedad e interferencia de la depresión –Overall Depression Severity and Impairment Scale– (ODSIS; Norman et al., 2006). Al igual que el OASIS, el ODSIS es una medida de autoinforme conformada por 5 ítems que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total. En este caso, se evalúan experiencias relacionadas con la depresión. Un análisis psicométrico de la escala ODSIS determinó una buena validez convergente y discriminante así como una excelente consistencia interna ($\alpha = .94$ en pacientes hospitalizados, $.91$ en una muestra de estudiantes y $.92$ en muestra comunitaria; Bentley, Gallagher, Carl & Barlow, 2014). Se ha traducido al español la escala y se ha empezado el proceso de validación. Los datos confirman la estructura factorial y la fiabilidad y validez de la versión original (González–Robles, Mira, Riera López del Amo, Raya, & Botella, 2015).

Escala Afecto Positivo y Negativo –Positive and Negative Affect Scale, ESTADO y RASGO– (Sandín et al., 1999; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Consta de dos escalas, de 10 adjetivos cada una de ellas, que evalúan afectividad positiva (AP) y afectividad negativa (AN). Los participantes han de valorar cada ítem en una escala de 1 (*nada o muy ligeramente*) a 5 (*mucho*) indicando el grado en el que cada adjetivo describe mejor el estado de ánimo en el que se encuentran en el momento de responder al cuestionario. La media para la subescala de AP en una muestra normal es 31.31 (DE = 7.65) y para la subescala de AN 16 (DE = 5.90; Crawford & Henry, 2004). La versión española ha demostrado alta consistencia interna (.89 para AP y .91 para AN en mujeres, y .87 para AP y .89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín, et al. 1999), lo que coincide con los resultados encontrados en la literatura (Watson et al., 1988).

Índice de Calidad de Vida –Multidimensional Quality of Life Questionnaire– (QLI; Mezzich et al., 2000). Este índice incluye 10 ítems, con formato de respuesta de opción múltiple tipo Likert con una escala que va de 1 (*malo*) a 10 (*excelente*). Los ítems representan, según los autores, diez aspectos relevantes para la evaluación del constructo de calidad de vida. Dichos aspectos son: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y

social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida. Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual. La media para la percepción de la calidad de vida en una muestra normal es 7.63 ($DE = 1.33$) (Robles et al., 2010). En la validación argentina la homogeneidad del cuestionario demostró ser buena, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de .79 (Bulacio, Vieyra, Alvarez Daneri, Benatuil, & Mongiello, 2004) y tiene una aplicabilidad, fiabilidad y validez adecuadas. En la versión española, el coeficiente de correlación de confiabilidad test-retest de la puntuación media del QLI fue de .89 (Mezzich et al., 2000).

Escala de estrés percibido –Perceived Stress Scale– (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Este instrumento está compuesto de 14 ítems con una escala Likert de 5 puntos de 0 (*nunca*) a 4 (*muy a menudo*). Fue diseñado con el fin de conocer en qué medida las situaciones vitales son percibidas como estresantes (midiendo aspectos como impredecibilidad e incontrolabilidad de dichas situaciones) por las personas durante el último mes (Remor, 2006). La validación española de esta escala presenta una consistencia interna de .86 (Campo, Bustos, & Romero, 2009). Hay una versión breve de 4 ítems de este instrumento, que es el que se ha utilizado en el presente estudio. Dicha versión corta está compuesta por los ítems 2, 6, 7 y 14 que correlacionan más fuertemente con la escala de 14 ítems. La media en el estrés percibido en población general es de 4.2 ($DE = 2.8$) en hombres y de 4.7 ($DE = 3.1$) en mujeres (Cohen & Williamsom, 1988). El coeficiente de fiabilidad alpha estimado para esta versión de 4 ítems de la escala PSS es de .72 y la fiabilidad test-retest es de .55 (Cohen et al., 1983). Estos datos sugieren que la versión breve de la escala PSS es una medida útil para predecir el estrés en situaciones en las que se necesita administrar una escala corta.

Escala de Satisfacción sobre el Tratamiento (Borkovec & Nau, 1972). Los aspectos que aborda esta escala se refieren a: 1) la lógica del tratamiento; 2) la satisfacción experimentada con el mismo; 3) el grado en que se lo recomendaría a un amigo que tuviera el mismo problema; 4) el grado en que consideran que les ayudará o les ha ayudado en otros problemas; 5) el grado en que se considera que será útil o ha sido útil en el propio caso; 6) el grado en que consideran que la intervención será o ha sido aversiva. Su objetivo es medir la opinión que el paciente se ha formado del tratamiento antes de recibirlo y la opinión/satisfacción sobre dicho tratamiento una vez que lo ha realizado.

Procedimiento

En primer lugar, los participantes del estudio realizaron la entrevista diagnóstica MINI. Una vez evaluado el perfil psicológico, firmaron un consentimiento

informado. Luego se les dio de alta en el sistema y se les informó cómo acceder. A continuación realizaron la evaluación pre-tratamiento a través del programa. Una vez finalizada la evaluación pre-tratamiento tenían que pasar al menos 24 horas y ya podían realizar el primero de los módulos. Se les recomendó realizar más o menos un módulo a la semana, pero se les dio un máximo de 12 semanas para completar todos los módulos. Se les envió por email un Manual de Usuario, por si les surgía alguna duda. Una vez realizados todos los módulos, los participantes contestaron la evaluación post-tratamiento también a través del propio programa.

Resultados

Las puntuaciones en las diferentes medidas clínicas de los participantes en el pre-tratamiento y post-tratamiento se presentan en la tabla 2. Para establecer si se había producido una mejora clínicamente significativa en los participantes tras la intervención, se calculó el Cambio Clínico Significativo, utilizando el índice de Jacobson y Truax (1991) en el estado de ánimo (BDI-II), la ansiedad (OASIS) y el afecto positivo y negativo (PANAS). La mejoría obtenida a partir de la aplicación del criterio C del índice de Jacobson y Truax (1991) en dichas medidas en el post-tratamiento se indica también en la tabla 2.

En relación con los resultados obtenidos del pre-tratamiento al post-tratamiento, los participantes muestran mejoras en su estado de ánimo, evaluado mediante el BDI-II, alcanzando en ambos casos un Cambio Clínico Significativo, dentro de la categoría de “Recuperados” en el post-tratamiento. Dicho cambio en el estado de ánimo lo refleja también la mejoría en ambos casos en el OASIS. En cuanto a la sintomatología ansiosa también se produce un Cambio Clínico Significativo en ambos participantes, al estar los dos “Recuperados” en la evaluación post-tratamiento. En cuanto al afecto positivo y negativo, sucede de igual manera, en los dos participantes se obtiene un Cambio Clínico Significativo al ubicarse también en la categoría de “Recuperados” en el post-tratamiento. Vemos que ambos participantes mejoran también en su percepción de su calidad de vida (QLI) y en su estrés percibido (PSS).

Tabla 2.
Resultados obtenidos por el P1 y P2.

	P1		P2	
	Pre	Post	Pre	Post
BDI-II	25	5*	24	1*
ODSIS	12	1	10	0
OASIS	12	1*	8	0*
PANAS +	24	41*	11	40*
PANAS -	40	15*	27	14*
QLI	4.2	7.1	4.5	6.6
PSS	10	7	9	0

*Cambio Clínico Significativo

En cuanto a la opinión de los participantes del programa, este fue muy bien valorado, como reflejan las puntuaciones presentadas en la tabla 3.

Tabla 3.
Resultados obtenidos en la escala de opinión sobre el tratamiento (escala de 1 “nada” a 10 “muchísimo”).

Ítem	P1	P2
1 (lógico)	9	9
2 (satisfacción)	8	9
3 (recomendaría)	8	10
4 (útil a otros)	8	9
5 (útil al participante)	8	7
6 (aversivo)	2	2

Comentarios

Los trastornos emocionales constituyen uno de los problemas más importantes para la salud a nivel mundial y suponen un coste económico importante, pero afortunadamente contamos con tratamientos eficaces, como los TCC, que son considerados tratamientos de elección basados en la evidencia para estos problemas. Es indiscutible que los TCC se enfrentan con un reto fundamental:

lograr que lleguen a todos aquellos que los necesitan y además de manera eficiente. Para ello, resulta de gran interés trabajar en la línea de las propuestas presentadas en el trabajo seminal de Kazdin y Blase (2011), que suponen un cambio de perspectiva radical, un enfoque que vaya más allá de la terapia cara a cara tradicional. En este sentido, las tecnologías nos permiten una mejor diseminación para lograr ayudar a todas aquellas personas que necesitan recibir una adecuada asistencia psicológica (Kazdin & Rabbit, 2013). Sonreír es Divertido cumple con estas características de diseminación y de asistencia (EU high-level conference, 2008).

Los resultados del presente trabajo aportan datos preliminares sobre la eficacia de esta intervención para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, así como para mejorar el afecto negativo y positivo. Además se observan mejoras en la calidad de vida percibida y el estrés percibido. Es importante destacar el hecho de que se trata de un protocolo que no se centra únicamente en el déficit y en los aspectos negativos, sino que a través de las técnicas de psicología positiva, trabaja también el fomento de las emociones positivas y los aspectos positivos del funcionamiento humano (fortalezas, virtudes, etc.). Esto se refleja en la mejora del afecto positivo de ambos participantes, así como en la percepción de su calidad de vida, a pesar de que en el post tratamiento ambos estaban viviendo la misma situación, con los mismos estresores. Se sabe que las emociones positivas pueden funcionar como variables de protección para hacer frente a las emociones negativas y situaciones difíciles que puedan surgir (Fredrickson, 2001). Estos resultados sugieren que el protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet se muestra eficaz para mejorar la situación clínica de las dos personas, logrando dos objetivos que se consideran esenciales en el tratamiento de pacientes con depresión (OMS, 2004; Vázquez & Hervás, 2008): Reducir las molestias y las emociones negativas; y promover las fortalezas y aumentar las emociones positivas. Además, el programa ha sido bien aceptado y valorado por ambos participantes.

Las cifras de prevalencia de los trastornos mentales, especialmente de la depresión, nos indican que es necesario insistir sobre la importancia de contar con intervenciones costo-efectivas para las personas que los sufren, y, por lo tanto, trabajar sobre la necesidad de diseñar y poner a prueba intervenciones como la presentada en el presente trabajo, que sean aceptadas por las personas que las utilizan. Los tratamientos auto-aplicados son herramientas que están empezando a estar disponibles para los profesionales de la salud (López-del-Hoyo et al., 2013) y es nuestra responsabilidad, como investigadores y clínicos, el trabajar arduamente para adecuarlas y poder utilizarlas en cada situación clínica.

Las tecnologías ofrecen herramientas poderosas para mejorar el acceso a la salud mental en áreas con pocos recursos o remotas, pudiendo llegar a personas que viven en una zona geográfica en la que no haya centros de salud disponibles, brindando una

mayor accesibilidad a quienes lo necesitan. Por otro lado, el acceso desde el domicilio del propio paciente aumenta y asegura los niveles de confidencialidad y ayuda a reducir el estigma. Además, este tipo de programas reducen el tiempo que tiene que invertir el terapeuta y, en consecuencia, el costo económico, mostrando una eficacia similar, característica que nunca debe estar a expensas de ninguna otra consideración. Por último, pero no por ello menos importante, gracias a Internet es posible ofrecer a los usuarios utilizar el sistema desde múltiples dispositivos, en cualquier momento y lugar. A lo anterior debemos sumar las ventajas que supone el uso de elementos multimedia (imágenes, caricaturas, videos, animación, audios, gráficos, voz en off, etc.) para ayudar a la comprensión y afianzar la información que el programa brinda.

Los investigadores deben contribuir a este objetivo, incrementando la eficacia y eficiencia de los TPBE auto-aplicados por medio de Internet. Es importante seguir trabajando en esta línea y que los resultados sean transferidos en servicios a la sociedad. Tal como señala Andersson (2016), a pesar de los grandes avances en la investigación con las intervenciones basadas en internet, estos tratamientos no se difunden en la mayoría de los lugares y los psicólogos clínicos deben aprender a utilizar las herramientas que provee la tecnología, y que han mostrado eficacia, como un complemento a sus otras técnicas y herramientas, a pesar de que siempre habrá pacientes para los cuales los métodos tradicionales constituyan la mejor opción.

Este estudio presenta limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio piloto con dos participantes, con todas las amenazas de validez externa que este hecho conlleva. En segundo lugar, este estudio no informa de los efectos de la intervención más allá de post-tratamiento, por lo tanto, no se muestra si los efectos se mantienen a largo plazo.

Líneas futuras

Como se ha indicado, la ansiedad y la depresión son problemas de salud mental que afectan también al continente americano. En este momento se encuentra en marcha un estudio de validación y adaptación cultural a la población argentina del programa *Sonreír es Divertido*, bajo el marco de una beca postdoctoral del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), en el CIIPME (Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental) junto a la Fundación Aiglé. Este estudio contribuirá a la disseminación de estas estrategias de intervención y del programa como herramienta para la prevención y el tratamiento. En Latinoamérica existen algunos trabajos recientes que muestran datos sobre la aceptación de un programa online para la depresión (Carrasco, 2016; Espinosa et al., 2015). De todos modos esta línea de trabajo tiene mucho camino por recorrer en la región.

Referencias

- Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 337–340. <http://dx.doi.org/10.3109/00048674.2010.538840>
- Andrews, G. & Titov, N. (2009). Hit and miss: Innovation and dissemination of evidence based psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 974–979. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.007>
- Andrews, G. & Titov, N. (2010). Is Internet treatment ready for prime time? *Medical Journal of Australia*, *192*(11), 45–47.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 175–180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010>
- Andersson, G. (2016). Internet–Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 157–79. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Antony, M. M. & Stein, M. B. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Aydos, L., Titov, N. & Andrews, G. (2009). Shyness 5: The clinical effectiveness of Internet–based clinician–assisted treatment of social phobia. *Australasian Psychiatry*, *17*(6), 488–492. <http://dx.doi.org/10.1080/10398560903284943>
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. E. Nathan & M. J. Gorman (2^a ed.), *A guide to treatments that works*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, *26*(3), 815–830. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036216>
- Borkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*, 257–260. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)

- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*, *13*, 407-421. <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2009.0224>
- Botella, C., Hofmann, S. G., & Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology In Session*, *60*, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20040>
- Botella, C., Mira, A., García-Palacios, A., Quero, S., Navarro, M. V., Riera López del Amo, A., ... Baños, R. M. (2012). Smiling is Fun: A coping with stress and emotion regulation program. *Annual review of cybertherapy and telemedicine*, *181*, 123-127. doi: 10.3233/978-1-61499-121-2-123
- Botella, C., Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Castilla, D., ... Baños, R. M. (2015). 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. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S93315>
- 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. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, *33*(2), 39-48.
- 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.). *Medicine Meets Virtual Reality* (pp. 86-94). Amsterdam: IOS Press.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Alvarez Daneri, C. Benatuil, D., & Mongiello, E. (2004). Índice de calidad de vida: Validación de una muestra argentina. *ALCMEON*, *11*, 333-336.
- Campo, A., Bustos, G. & Romero, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de estrés percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia Aquichan. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, *9*, 271-280.
- Carrasco, Á. E. (2016). Acceptability of an adventure video game in the treatment of female adolescents with symptoms of depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *19*(1), 10-18. <http://dx.doi.org/10.4081/ripppo.2016.182>

- Cavanagh, K. & Shapiro, D. (2004). Computer Treatment for Common Mental Health Problems. *Journal of clinical psychology, 60*(3), 239–251. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10261>
- Crawford, J. R. & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(3), 245–265. <http://dx.doi.org/10.1348/0144665031752934>
- 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. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n1102>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 386–396. <http://dx.doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S. & Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 31–67). Newbury Park: Sage.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción [Mental Health Problems in Students at The University of Concepcion]. *Terapia Psicológica, 25*, 105–112. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200001>
- Espinosa, H. D., Carrasco, A., Moessner, M., Cáceres, C. Gloger, S., Rojas, G., ... Krause, M. (2015). Acceptability Study of “Ascenso”: An Online Program for Monitoring and Supporting Patients with Depression in Chile. *Telemedicine and e-Health, 22*(7), 577–83. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2015.0124>
- EU high-level conference (2008). *European Pact for Mental Health and Wellbeing*. Brussels: Together for mental health and wellbeing.
- Festorazzi Acosta, A., Rodríguez A. L., & Lotero, J. A. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 184*(8), 4–9.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218–226. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

- Gega, L., Norman, I. & Marks, I. (2007). Computer-aided vs. tutor-delivered teaching of exposure therapy for phobia/panic: Randomized controlled trial with pre-registration nursing students. *International Journal Of Nursing Studies*, 44(3), 397-405. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.009>
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto-Masis, D., Gil Laverde, J. F. A., Rondón-Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004001200003>
- González-Robles, A., Mira, A., Riera López del Amo, A., Raya, D., & Botella, C. (2015). *Psychometric properties of the Overall Depression Severity and Impairment Scale in Spanish sample. General and Clinical populations*. Póster presentado en la European Society for Research on Internet Interventions (ESRII) Conference, Polonia.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldo, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., ... Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of affective disorders*, 155, 49-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.023>
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Chemical Psychology*, 59(1), 12-19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johansson, R. & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861-869. <http://dx.doi.org/10.1586/ern.12.63>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691610393527>
- Kazdin, A. E. & Rabbitt, S. M. (2013). Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 170-191. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702612463566>
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ...Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-240. <http://dx.doi.org/10.1590/>

S1020–49892005000900002

- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett, S. K., ...Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224–231. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- López-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Luciano, J. V., Mayoral, F., Roca, M., Gili, M., Andres, E., ...García-Campayo, J. (2013). Low intensity vs. self-guided Internet-delivered psychotherapy for major depression: a multicenter, controlled, randomized study. *Bmc Psychiatry*, *13*(1), 21. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-21>
- Lorian, C. N., Titov, N., & Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internet-delivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(1), 140–149. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.10.003>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *1*(5), 368–376. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(5), 301–305. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200005000-00008>
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- 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.
- Mira, A., Botella, C., García-Palacios, A., Riera López del Amo, A., Quero, S., Alcañiz, M., & Baños, R. M. (2012). An Internet-based program to cope with regulating stress and emotion: An example of positive technology. *Cybertherapy & Rehabilitation*, *2*(1), 22–23.

- Mira, A., González, A., Botella, C., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Riera López del Amo, A., & Baños, R. M. (2015). *Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale in Spanish sample*. Clinical and general populations. Póster presentado en el 49th Annual ABCT Convention, Chicago.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression & Anxiety, 23*, 245-249. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20182>
- Nogueira, L. A., Neto, R. F., & Macedo, P. C. M. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: *A preliminary report*. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 37*(10), 1519-1524. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879x2004001000011>
- Organización Mundial de la Salud (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association, 291*(21), 2581-2590. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental*. Washington, D. C.: OPS.
- Osornio, L. & Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios [Depression in University Students]. *Archivos en Medicina Familiar, 11*(1), 1-2.
- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(6), 571-578. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670902873722>
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D., Mann, A., Tylee, A., ...Gray, J. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care. *British Journal of Psychiatry, 185*, 46-54. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.1.46>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 86-93.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1117-1125. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- Richards, D. & Salamanca Sanabria, A. (2014). Point-Prevalence of Depression

- and Associated Risk Factors. *The Journal of Psychology*, 148(3), 305–326. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2013.800831>
- Robles, Y., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Sanez, Y., Padilla, M., & Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*, 26(2), 33–43. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.1.46>
- 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(3), 269–283. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar–Gaxiola, S. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2).
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas Panas de afecto positivo y negativo: Validación factorial y transcultural. *Psicothema*, 11, 37–51.
- Sanz, J., García Vera, M. P., Espinosa, R., Fortin, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck– II (BDI–II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16, 121–142.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., ...Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322–331.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ...Dunbar, G. C. (1998). The Mini–International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM–IV and ICD–10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319–328. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., Wootton, B., ...Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of Internet–delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28(7), 541–50. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20835>
- SUSESO (2008). *Licencias tramitadas por problemas de Salud Mental* [Sick

leave due to mental health problems]. Santiago de Chile: Superintendencia de Seguridad Social.

- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*, 913–919. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670903179160>
- 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*, 890–899. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.014>
- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A., & Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an Internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, *5*(5), 1–5. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0010885>
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., ...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*(2), 193–205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063–1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wims, E., Titov, N., Andrews, G., & Choi, I. (2010). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 599–607. <http://dx.doi.org/10.3109/00048671003614171>

