

# Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: *Sonreír es divertido*

Cristina Botella<sup>1,2,3</sup>, Adriana Mira<sup>1,3</sup>, Rocío Herrero<sup>1,3</sup>, Azucena García-Palacios<sup>1,2,3</sup>  
& Rosa Baños<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Universitat Jaume I, <sup>2</sup>Instituto Salud Carlos III, <sup>3</sup>Red de Excelencia PROMOSAM (PSI2014-56303-REDT) MINECO, <sup>4</sup>Universitat de València

Recibido: 27-5-2015

Aceptado: 29-9-2015

## Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: *Sonreír es divertido*

**Resumen.** La depresión es una de las grandes problemáticas para la salud mundial en la actualidad. Es necesario entonces disponer de intervenciones eficaces para su tratamiento. Si bien en la actualidad existen numerosos tratamientos psicológicos con apoyo empírico sobre su eficacia, la población que se beneficia de los mismos es muy reducida, debido a los altos costes de su implementación, al tiempo requerido y a la falta de profesionales bien entrenados. El uso de Internet aparece como una herramienta útil para administrar los tratamientos y superar los problemas que se presentan. En este sentido, el presente trabajo tiene por objetivo presentar la descripción de un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión, desarrollado por el Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec).

**Palabras clave:** depresión; tratamiento; Internet; terapias basadas en la evidencia; TIC

## An online self-applied intervention program for the treatment of depression: *Smiling is fun*

**Summary.** Depression is among the world's greatest contemporary health problems. It is necessary to have recourse to effective interventions to treat it. Although it is true that there are currently several psychological treatments for depression whose effectiveness is supported by empirical data, only a very limited segment of the population is able to benefit from them due to the high cost of their implementation, the amount of time required and the lack of well-trained professionals. The use of the Internet has been considered a useful tool to administer treatments and overcome the problems that arise. Thus, this paper aims to present a description of an online self-applied intervention program for the treatment of depression, developed by the Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec).

**Keywords:** Depression; treatment; the Internet; evidence-based therapies; CIT

### Correspondencia

Cristina Botella

Universitat Jaume I, Av. Vicent Sos Banyat s/n,

Castellón 12071

Teléfono: +34 964387639

Correo electrónico: botella@uji.es

## 1. Introducción

La depresión constituye uno de los problemas mundialmente más importantes para la salud e interfiere de manera significativa en distintas áreas de funcionamiento del individuo. Su coste económico oscila entre el 3% y el 4% del producto nacional bruto de los Estados de la Unión Europea (Gabriel & Liimatainen, 2000) y es también enormemente costoso en términos del índice de calidad de vida ajustada por años de vida (QALY) (Luppa, Heinrich, Angermeyer, König, & Riedel-Heller, 2007). Además, presenta una elevada tasa de comorbilidad con otros trastornos, entre el 40% y el 80% (Wittchen et al., 2011) y, si no es tratado correctamente, su curso tiende a cronificarse. Por lo tanto, resulta necesario disponer de tratamientos e intervenciones eficaces y efectivas que puedan ser fácilmente diseminados (Collins, Patel & Joestl, 2011; European Pact for Mental Health and Wellbeing, 2008).

En la actualidad, la Psicología cuenta con tratamientos que han demostrado ser eficaces para diversos problemas psicológicos. Sin embargo, a pesar de los notables progresos realizados, los tratamientos psicológicos se encuentran con una limitación importante: la posibilidad real de ser administrados a todas aquellas personas que los necesitan (Cote, Gauthier, Laberge, Cormier, & Plamondon, 1994). La diseminación de las intervenciones empíricamente validadas todavía es, hoy por hoy, un enorme reto.

Respecto a la depresión, existen numerosos protocolos de tratamiento psicológico basados en la evidencia (TPBE) para su tratamiento. En las últimas décadas, una serie de tratamientos cognitivo-comportamentales (TCC) han ido acumulando apoyo empírico sobre su eficacia (Antony & Stein, 2009; Hollon & Ponniah, 2010; Nathan & Gorman, 2007; NICE, 2009; Norton & Price, 2007). Sin embargo, a pesar de que existen TPBE, la prestación de los mismos en los servicios de salud mental es inferior a la que sería necesaria en términos de accesibilidad y calidad (Institute of Medicine, 2008; Kazdin & Blase, 2011). Menos del 50% de las personas recibe el tratamiento recomendado, debido a los costes, al tiempo requerido y/o a la falta de profesionales bien entrenados (Gaston, Abbott, Rapee & Neary, 2006). Además, aquellos que reciben el tratamiento, por lo general, lo hacen después de mucho tiempo, una vez el problema ha generado efectos adversos en sus vidas, por lo que el éxito de la intervención es mucho más difícil que si la ayuda se hubiera ofertado en el momento oportuno (Kessler & Greenberg, 2002).

Como se ha señalado, los TPBE se enfrentan con un reto fundamental: lograr que lleguen a todos aquellos que los necesitan. Kazdin y Blase (2011) proponen que es necesario un cambio radical de perspectiva, un enfoque que vaya más allá de la terapia individual uno a uno *one-to-one psychotherapy*. Estos autores insisten en la necesidad de «reiniciar» (*rebooting*) la investigación y la práctica de la psicoterapia para reducir la carga de

las enfermedades mentales, y reflexionan acerca de cómo ofrecer el tratamiento más eficaz, sin encarecer en exceso los costes y sin disminuir la eficacia de la intervención. Se trata de analizar otros marcos de tratamiento alternativos a los tradicionales que proporcionan ayuda de manera eficaz pero a través de un modo de interacción distinto a los de la terapia tradicional cara a cara, con cambios en las responsabilidades puntuales de cada uno de ellos (p. ej., papel más activo por parte del paciente, terapeuta menos visible, etc.) (Botella et al., 2009). Para ello, se propone como una estrategia fundamental la inclusión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) (Kazdin & Rabbit, 2013).

Las TIC (realidad virtual, realidad aumentada, Internet, etc.) han sido utilizadas para el tratamiento de una amplia gama de problemas psicológicos. En la actualidad, y cada vez más se están convirtiendo en herramientas de gran utilidad para dispensar y/o mejorar la aplicación de servicios terapéuticos, permitiendo profundizar en el eje de la efectividad o utilidad clínica de los tratamientos psicológicos y potenciando la accesibilidad de todas las personas a los tratamientos que necesiten (Botella et al., 2009).

En cuanto al uso de Internet para dispensar el tratamiento en el campo de los trastornos emocionales, cabe destacar los programas realizados por el grupo de Gavin Andrews y Nikolai Titov en Australia, quienes han desarrollado y sometido a prueba programas auto-aplicados para el tratamiento de la ansiedad (*The Anxiety Program*; Titov et al., 2010), el trastorno de pánico (*The Panic Program*; Wims, Titov, Andrews & Choi, 2010), la fobia social (*The Shyness Program*; Andrews, Davies & Titov, 2011), entre otros. También son muy importantes las contribuciones realizadas por Isaac Marks y Judith Proudfoot en Reino Unido quienes han desarrollado los programas de tratamiento *Fear Fighter* (FF) y *Beating the Blues* (BTB) que han acumulado una gran cantidad de evidencia para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, las fobias y el trastorno de pánico (Cavanagh, Seccombe & Lidbetter, 2011; Cavanagh & Shapiro, 2004; Marks, Kenwright, McDonough, Wittaker & Mataix-Cols, 2004; McCrone, Marks, Mataix-Cols, Kenwright & McDonough, 2009). Este grupo además ha desarrollado un programa para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (*BT Steps*; Greist et al., 2002).

En España, el Laboratorio de Psicología y Tecnología ha sido pionero en el mundo al presentar un programa administrado a través de Internet eficaz para el tratamiento del miedo a hablar en público: *Háblame* (Botella et al., 2000; Botella et al., 2007; Botella et al., 2010). Además, el laboratorio ha desarrollado el programa *Sin miedo* destinado al tratamiento de la fobia a animales pequeños (ratas, arañas y cucarachas) (Botella et al., 2008).

En cuanto a los estudios realizados con programas de tratamiento diseñados para la depresión se han realizado diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis. Dichas revisiones muestran que los tratamientos

autoaplicados a través de Internet y los tratamientos computarizados son intervenciones eficaces (Spek et al., 2007; Richard & Richardson, 2012; Titov, 2011). Además, los estudios de metaanálisis ponen de manifiesto que estos tratamientos tienen tamaños del efecto comparables a los de los tratamientos cara a cara (Cuijpers et al., 2010; Bee et al., 2008). Los resultados de estudios realizados con tratamientos computarizados que utilizan o no como soporte Internet también muestran tamaños del efecto mayores que las condiciones de control (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010; Cuijpers et al., 2011; Richards & Richardson, 2012).

Estos estudios muestran que es posible aplicar los TPBE a través de Internet sin que estos pierdan su eficacia (Botella et al., 2010; Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010; Hedman et al., 2014). Además, estos tratamientos autoaplicados a través de Internet tienen diversas ventajas, siendo la reducción en el tiempo de contacto entre paciente y clínico una de las fundamentales (Andrews et al., 2010). Al mismo tiempo, permiten llegar a poblaciones de pacientes que por distancia o coste no recibirían tratamiento de otro modo (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005; Kazdin & Blase, 2011). Por otro lado, la actitud de los pacientes hacia este tipo de tratamientos es similar a la que muestran ante las terapias cara a cara (Moritz, Schröder, Meyer & Hauschildt, 2013).

Los esfuerzos realizados en los últimos años para estudiar las posibilidades de las TIC en el ámbito de los tratamientos psicológicos han culminado en el reconocimiento de la utilidad de estos procedimientos dentro del movimiento Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT) ([www.iapt.nhs.uk](http://www.iapt.nhs.uk)), que ha supuesto la inclusión de los programas *Fear Fighter* (FF) y *Beating the Blues* (BTB), como una alternativa válida dentro de los TPBE, en las guías clínicas elaboradas por The National Institute of Clinical Excellence (NICE Guidelines) (NCCMH y RCP, 2010).

Dentro del ámbito de los tratamientos psicológicos y el uso de las TIC, el presente trabajo se centrará en la descripción de un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión, desarrollado por el Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec).

## 2. El programa *Sonreír es divertido*

El programa *Sonreír es divertido* tiene como foco dos objetivos principales: la prevención y el tratamiento de la depresión (Botella, Moragrega, Baños, & García-Palacios, 2011). Se ha desarrollado en el marco del proyecto OPTIMI (Online Predictive Tools for Intervention in Mental Illness) financiado por el VII Programa Marco de la Unión Europea. En el marco del mencionado proyecto se incluyeron una serie de dispositivos de monitorización fisiológica (tasa cardíaca, actividad física, electroencefalograma, etc.) con el objetivo de detectar el riesgo de padecer depresión. Ade-

más, se diseñaron herramientas que permiten registrar diariamente la capacidad de afrontamiento. Y por último, pero no menos importante, el programa *Sonreír es divertido* es también una herramienta de intervención en línea que pretende mejorar el afrontamiento y reducir la incidencia de la depresión, atendiendo tempranamente a aquellas personas en alto riesgo, sometidas a situaciones estresantes (prevención), o la gravedad de la misma en personas que ya presenten algún síntoma (tratamiento). El programa está pensado para ayudar a personas que estén experimentando un estado de ánimo deprimido o ansioso y para personas que quieran aprender nuevas formas de afrontar sus problemas para prevenir esos estados de ánimo. *Sonreír es divertido* entrena a la persona en formas adaptativas de afrontar los problemas y superarlos.

El programa está preparado para que se lo pueda aplicar uno mismo, paso a paso, y al propio ritmo, desde casa o desde cualquier lugar con acceso a la red. Incluye técnicas que han demostrado eficacia y se ajusta a las recomendaciones de las guías sobre buenas prácticas clínicas de las asociaciones internacionales de psicología como la American Psychological Association ([www.apa.org](http://www.apa.org)) y el National Institute for Health and Clinical Excellence ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)). En este sentido, cabe subrayar que, a lo largo de todo el programa, se da una gran importancia a la autoevaluación, dado que las actuales guías clínicas indican que «lo que sabemos acerca de nosotros mismos puede ayudarnos». De hecho, esto se contempla como un aspecto primordial para el progreso.

### 2.1. Elementos fundamentales

En el programa *Sonreír es divertido* se incluyen cuatro elementos fundamentales:

1) Un protocolo de evaluación inicial cuya finalidad es ofrecer al usuario información respecto a su situación actual, al estrés, a la depresión y capacidad de afrontamiento y, sobre todo, descartar que pueda haber algún criterio de exclusión (por ejemplo, una depresión grave) que no permita que se pueda beneficiar del sistema. En estos casos, el propio programa lanza una alerta y ofrece ayuda externa al usuario. Además, el terapeuta puede monitorizar la evolución clínica del usuario a través de la plataforma del terapeuta.

2) Un protocolo de intervención estructurado, organizado por módulos que reflejan la lógica del programa. Esta estructuración asegura que el usuario realice por orden el programa, intente no avanzar demasiado o saltarse pasos para que el programa tenga una mayor efectividad y control a lo largo del proceso.

3) Un protocolo de evaluación continua cuyo objetivo es evaluar la efectividad del programa, no solo al final del tratamiento sino también a lo largo del proceso terapéutico. El usuario puede acceder siempre que quiera a esta información. De este modo, el programa permite proporcionar un *feedback* inmediato al paciente de su progreso.

4) Un protocolo de seguimiento, que pretende

obtener información de la efectividad del programa a largo plazo y permite ofrecer refuerzo, en el caso que sea necesario, para la prevención de recaídas o en situaciones de alto riesgo, bien repitiendo todo el programa o únicamente algunos módulos para consolidar el sobreaprendizaje de algunas habilidades.

## 2.2. Componentes terapéuticos y módulos de intervención

El programa *Sonreír es divertido* incluye los siguientes componentes de tratamiento: motivación, psicoeducación, activación comportamental, terapia cognitiva, estrategias de psicología positiva y prevención de recaídas.

Estos componentes se trabajan a lo largo de los ocho módulos que conforman el protocolo de intervención. Además de estos ocho módulos, el programa cuenta con dos módulos iniciales: *Home* y *Bienvenida*.

*Sonreír es divertido* empieza con el módulo *Home*, donde se explica en qué consiste, cuál es el objetivo, quién se puede beneficiar de la realización del programa y quiénes son los profesionales que están detrás. Se utilizan una serie de elementos multimedia (textos, viñetas, imágenes, vídeos, etc.) para explicar todo esto subrayando de forma especial los ejemplos de personas que se pueden beneficiar del programa. Se enseñan vídeos de casos que explican los síntomas que están experimentando. Esto ayuda a las personas a identificarse con uno de los ejemplos sabiendo así si se pueden beneficiar del programa. En el módulo *Home* se explican además las condiciones de uso del programa.

Después del módulo *Home* el programa continúa con el módulo de *Bienvenida*. En este punto se proporciona al usuario información acerca del contenido de los ocho módulos de tratamiento que se incluyen en el programa y se le ofrecen también recomendaciones importantes para que se pueda beneficiar al máximo de este. También se incorporan una serie de sencillas preguntas de autoevaluación para que el usuario compruebe que comprende toda la información que se presenta. Además, el módulo termina con un «Hasta luego» que anima al usuario a utilizar el programa y a beneficiarse de él.

A estos dos módulos iniciales les siguen los ocho módulos de intervención. La estructura de los módulos sigue siempre el mismo esquema: empieza con preguntas relacionadas con el módulo anterior, sigue con la explicación de los contenidos del módulo, después se propone la realización de los ejercicios y, a continuación, se realizan las preguntas de autocomprobación para ver si se ha comprendido lo que se ha explicado. En el caso de que el usuario no acierte alguna de las preguntas, inmediatamente el programa le proporciona el *feedback* correcto con una sencilla explicación de las razones por las que la pregunta es verdadera o falsa. Posteriormente, se indican las tareas que el paciente tendrá que hacer para practicar lo que se ha trabajado en el módulo y se le recomienda encarecidamente su realización. Hacer dichas tareas es muy importante para

afianzar todo lo aprendido en el programa y que las estrategias que ofrece *Sonreír es divertido* se conviertan en habilidades. Un aspecto importante de *Sonreír es divertido* es que permite a la persona repasar el contenido de los diferentes módulos las veces que considere necesarias.

Cada uno de los módulos se centra en un tema importante para mejorar la capacidad de afrontamiento, cuenta con un objetivo diferente e incluye ejercicios diseñados para aprender distintas técnicas psicológicas. El programa está concebido para tener una duración de entre seis y diez semanas. Pueden existir algunas diferencias en la velocidad con la que algunas personas avancen a lo largo del programa, pero ese periodo temporal resulta adecuado para aprender y practicar todo lo que *Sonreír es divertido* ofrece.

*Sonreír es divertido* incluye los módulos que se describen a continuación:

*M1. Motivación para el cambio:* el objetivo de este primer módulo es que el usuario analice si realmente quiere cambiar y que refleje los pros y los contras del cambio. Que el paciente comprenda que ese cambio depende de él y mostrarle también la importancia de estar motivado para conseguirlo, fomentando su implicación para practicar y aprender todas las habilidades que el programa le presenta.

*M2. Entendiendo los problemas emocionales:* este módulo proporciona importantes claves para reconocer y comprender los problemas emocionales. Ayuda a aprender a ver los problemas como algo necesario y crucial en nuestras vidas. Se muestran formas adaptativas de entenderlos y de enfrentarse a ellos. Se pretende que la persona adopte una nueva actitud: entender los problemas y las dificultades como algo consustancial con el vivir cotidiano, y ver en ellos una oportunidad para aprender y crecer.

*M3. Aprendiendo a ponerse en marcha:* en este módulo se enseña la importancia de ponerse en marcha, para adquirir un nivel adecuado de actividad e implicación con la vida. El abandono de actividades que se produce cuando hay malestar no es beneficioso sino que empeora los problemas. Es enormemente importante estar activo.

*M4. Aprendiendo a ser flexible:* aprender que los pensamientos negativos e irracionales que tenemos respecto a las situaciones y sobre nosotros mismos contribuyen a mantenernos atrapados en el círculo vicioso del malestar, el estado de ánimo negativo y la inactividad. Este módulo enseña a flexibilizar la forma de pensar y de interpretar las situaciones, para ser capaz de ver cada situación vital desde distintas perspectivas, aprendiendo a pensar en diferentes alternativas. Esta flexibilidad es una habilidad fundamental para afrontar adecuadamente la vida cotidiana.

*M5. Aprendiendo a disfrutar: la importancia de las experiencias positivas:* todas las emociones son necesarias para la supervivencia. Las emociones negativas nos ayudan a detectar y a escapar de los peligros y, por lo tanto, son cruciales para la adaptación a corto plazo. Las emociones positivas desempeñan también un im-

portante papel en la evolución, ya que sirven para ampliar nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales. Emociones como alegría, amor o interés amplían nuestra conciencia, potencian las acciones exploratorias y la aparición de pensamientos originales y distintos. Este módulo ayuda a ver su importancia y sirve para aprender procedimientos que generen experiencias positivas, fomentando la implicación en actividades agradables y significativas y el contacto con otras personas.

**M6. Aprendiendo a vivir: la importancia de los valores y las metas:** en este módulo se aprende la diferencia entre experiencias positivas, que meramente suponen momentos de placer momentáneo, y el logro del bienestar psicológico. Se desarrollan habilidades para enfrentar adecuadamente los problemas sin negarlos o evitarlos y se enfatiza la importancia de marcarse objetivos y trabajar de acuerdo a un conjunto de valores que permitirán alcanzar momentos de gran satisfacción personal. Se intentan promocionar nuevas vivencias que ayuden a disminuir el malestar y la sintomatología clínica (depresión, abatimiento, ansiedad, inquietud, etc.).

**M7. Viviendo y aprendiendo:** los seres vivos nacemos y nos desarrollamos; a medida que crecemos, aprendemos nuevas cosas, nuevas habilidades. Cada vez acumulamos más experiencias, tanto positivas como negativas, esto es, nos convertimos en seres humanos «más sabios». La vida es un proceso de constante aprendizaje. Todas nuestras experiencias vitales nos pueden resultar útiles y es importante «aprender a aprender» de ellas, para mejorar la sensación de autoeficacia. Este módulo ayuda a entender la vida como un proceso de aprendizaje continuo, de cambio y de crecimiento personal.

**M8. ¿Y a partir de ahora qué...?:** se subraya que el final de este programa es solamente el principio del camino de cada uno. *Sonreír es divertido* proporciona armas y técnicas para seguir adelante y afianzar lo aprendido, pero señala que es el propio usuario el que marca la ruta.

### 2.3. Herramientas transversales

Además de los ocho módulos de intervención, otras tres herramientas acompañan al usuario a lo largo de todo el programa: el *Diario de actividad*, el *Calendario* y *¿Cómo estoy?*:

El *Diario de actividad* (Figura 1) está diseñado para que el usuario preste atención a las actividades que realiza cotidianamente, a qué dedica el tiempo y cómo influye esto en su estado de ánimo, en su capacidad de afrontamiento y en su nivel de estrés.

El *Calendario* (Figura 2) proporciona al usuario información acerca de su progreso a lo largo del programa. Le permite saber en qué lugar se encuentra, lo que le falta para terminar y le da un *feedback* sobre las tareas que aún tiene pendientes y las que ya ha realizado (marcado con un sol amarillo). Además, señala cada día si se han llevado a cabo en el *Diario de actividad* (marcado con una tilde verde).

*¿Cómo estoy?* (Figura 3) es una herramienta que ofrece un *feedback* a la persona de manera gráfica sobre su evolución a lo largo del programa, tanto de su nivel de actividad, de su malestar emocional (ansiedad y tristeza) como de la intensidad de su emocionalidad positiva (activo, ilusionado, con energía, con vitalidad, etc.) y negativa (disgustado, con miedo, estresado, tenso, malhumorado, etc.). Los datos que representan

- La gráfica Diario de actividad, muestra el porcentaje de tiempo que has pasado implicado en actividades satisfactorias. También tienes la opción de ver a la vez el nivel de estrés, estado de ánimo y afrontamiento que has ido manifestando durante el uso del programa SONREÍR ES DIVERTIDO.



**Figura 1.** Gráfica de la relación entre la realización de actividades satisfactorias, el estado de ánimo, la capacidad de afrontamiento y el nivel de estrés.

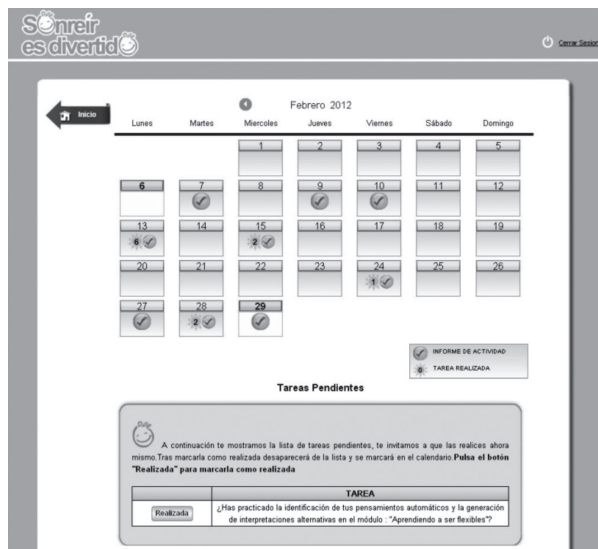


Figura 2. Calendario.

estas gráficas son los que la persona va contestando en el *Diario de actividad*, y en la evaluación continua que realiza al finalizar cada uno de los módulos, en la que se evalúa la ansiedad, el estado de ánimo y la afectividad positiva y negativa.

#### 2.4. Principales resultados

Nuestro grupo, en el marco del proyecto europeo OPTIMI (Online Predictive Tools for Intervention in Mental Illness) (Botella et al., 2011) ha sometido a prueba la eficacia de *Sonreír es divertido* con una población específica de varones desempleados de larga duración que fueron considerados como una población de riesgo y los resultados son alentadores (Botella et al., 2012; Botella et al., en prensa; Mira et al., 2012; Mira et al., 2012). Además, hemos realizado un ensayo controlado aleatorizado (ECA) en el que se estudió 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 humano por parte del terapeuta (Mira, 2014; Mira, Bretón-López, García-Palacios & Quero, Botella, en prensa). El programa se aplicó a personas con síntomas depresivos leves o moderados y que estaban viviendo un estresor que les generaba interferencias en sus vidas. Se ha comprobado que el protocolo de tratamiento utilizado y aplicado a través de Internet ha demostrado ser eficaz para mejorar la situación clínica de los participantes, tanto con apoyo profesional semanal como sin él, observándose en ambos grupos de intervención mejorías significativamente superiores respecto al grupo de control lista de espera. Los resultados han constatado también que la interferencia provocada por los acontecimientos estresantes vividos por los participantes se ha reducido significativamente en aquellos que han realizado el programa de intervención en comparación con los del grupo de control lista de espera. Además, ambas modalidades de aplicación del programa de intervención han sido igualmente eficaces desde un punto de vista estadístico. Las mejoras se mantienen hasta el año de seguimiento y el programa ha sido bien valorado y aceptado por todos los participantes. Se ha mostrado pues, como los participantes también mejoran únicamente con el apoyo proporcionado por el propio programa autoaplicado a través de Internet (*feedback*, correos, SMS de recordatorio, herramientas transversales), lo que puede contribuir todavía más al ahorro de tiempo que caracteriza a las intervenciones autoaplicadas a través de Internet.

### 3. Discusión

La depresión constituye uno de los problemas más importantes para la salud en todo el mundo y supone un coste económico muy elevado, por lo que hace referencia a las bajas laborales o la falta de productividad (Gabriel & Liimatainen, 2000). Además, es un trastorno enormemente costoso en términos del índice de calidad de vida ajustada por años de vida (QALY) (Luppa

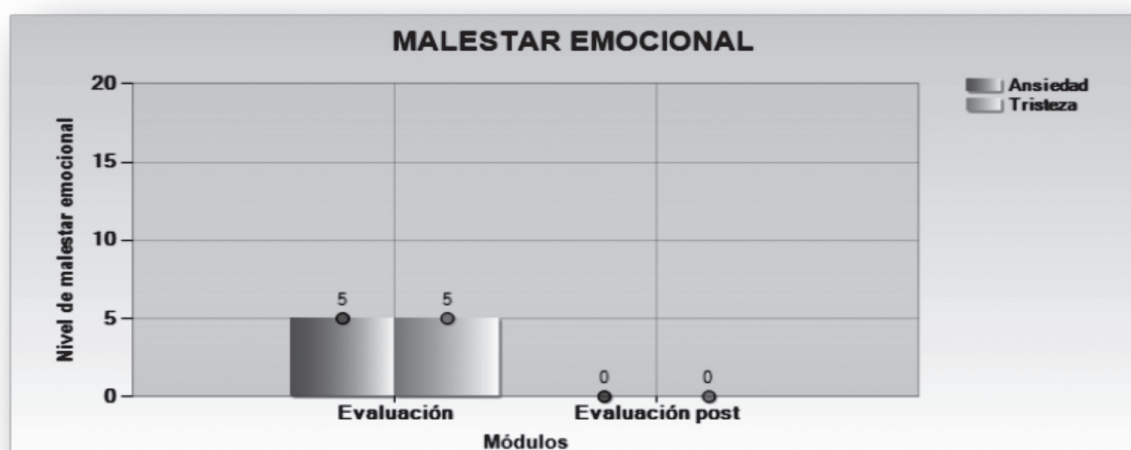


Figura 3. Evolución del malestar emocional del pretratamiento al postratamiento.

et al., 2007). Por lo tanto, resulta necesario disponer de tratamientos e intervenciones innovadoras como este programa basado en las TIC que hemos presentado en este trabajo. *Sonreír es divertido* está centrado en su prevención y, como hemos podido comprobar, se puede aplicar con gran facilidad a todas aquellas personas que lo necesiten y es también fácilmente diseminable (European Pact for Mental Health and Wellbeing, 2008). Como anteriormente hemos señalado, los TCC se enfrentan a un reto fundamental: lograr que lleguen a todos aquellos que los necesitan. Para ello, resultan de gran interés las propuestas presentadas en el trabajo seminal de Kazdin y Blase (2011) que suponen un cambio de perspectiva radical, un enfoque que va más allá de la terapia cara a cara tradicional (*beyond one-to-one psychotherapy*). Estos mismos autores insisten en el importante papel que ven en las TIC para lograr que la ayuda llegue a todas aquellas personas que la necesiten (Kazdin & Rabbit, 2013).

En los últimos años, se han hecho esfuerzos importantes para estudiar las posibilidades de las TIC en el ámbito de los tratamientos psicológicos y se ha comprobado que es posible aplicar los TPBE a través de Internet sin que pierdan su eficacia (Botella et al., 2010; Cuijpers et al., 2011; Hedman et al., 2014). Una ventaja fundamental de este tipo de tratamientos es que reducen el tiempo de contacto entre paciente y clínico, por lo tanto, permiten llegar a pacientes que, de otro modo, no recibirían tratamiento, a un menor coste del que supone el tratamiento tradicional (Kazdin & Blase, 2011).

Las revisiones sistemáticas sobre los tratamientos aplicados por medio de Internet muestran que son eficaces para el manejo de la depresión (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews et al., 2010; Cuijpers et al., 2011; Moritz, Schilling, Hauschildt, Schröder & Treszl, 2012). Además, los datos recogidos en estudios de metaanálisis ponen de manifiesto que estos tratamientos tienen tamaños del efecto comparables a los obtenidos en las intervenciones tradicionales cara a cara (Cuijpers et al., 2010). Por lo tanto, este tipo de enfoques tienen el potencial para proporcionar ayuda a aquellos que lo necesiten (Andrews et al., Davies & Titov, 2011).

A la vista de todo lo anterior, y teniendo en cuenta los retos que implica lograr una adecuada y eficaz diseminación de los TPBE, resulta imperativo avanzar en esta línea de investigación. Precisamente, una línea fundamental de investigación de nuestro grupo se centra en lograr una mejora en el tratamiento y la prevención de la depresión y otros trastornos emocionales. El desarrollo y puesta a prueba de programas de intervención autoaplicados a través de Internet para facilitar la diseminación y transferencia del tratamiento de este y otros problemas emocionales, sin duda, supone que la ayuda va a poder llegar a muchas más personas. Esto, a su vez, supondrá una reducción en las listas de espera y, en última instancia, puede dar lugar también a una reducción de costes en el Sistema Nacional de Salud. De hecho, la New Freedom Com-

mission on Mental Health, celebrada en 2003, ya insistía en esta misma idea. Recomendaba la necesidad de profundizar en el desarrollo y la utilización de las TIC en el ámbito de la salud con el objetivo de proporcionar ayuda al ingente número de personas que en estos momentos no pueden acceder con la suficiente rapidez a la ayuda que precisan, ni tampoco tienen asegurado recibir el TPBE que requiere su situación clínica. Sin duda, estas tecnologías ofrecen herramientas poderosas para mejorar el acceso al cuidado de la salud mental en áreas con pocos recursos, remotas y rurales. Este modo de aplicación reduce las distancias de forma significativa, es decir, puede llegar a personas que vivan en un área geográfica en la que no haya centros de salud mental disponibles, por lo que aporta una mayor accesibilidad a las personas que lo necesitan. Además, el hecho de poder recibir el tratamiento en casa asegura la confidencialidad y minimiza el estigma que puede resultar, para determinadas personas, el hecho de recibir tratamiento psicológico. Desde un punto de vista económico, también es posible constatar que este tipo de programas reducen de forma importante el tiempo que tiene que invertir el terapeuta y, en consecuencia, el coste económico también se reduce respecto al que suponen las terapias tradicionales (obviamente, mostrando una eficacia similar, característica que nunca ha de estar a expensas de ninguna otra consideración). A las anteriores ventajas se suman las múltiples posibilidades que ofrecen los contenidos multimedia. En los programas autoaplicados a través de Internet se pueden utilizar imágenes, viñetas, vídeos, animación, audios, gráficos, voz *en off*, etc. Estos elementos multimedia ayudan a la persona a comprender y afianzar todo lo que el programa de tratamiento pretende enseñar, ya que enriquecen los contenidos de cada módulo. Además, utilizando las numerosas posibilidades que ofrece Internet es posible construir y ofrecer a los usuarios nuevas herramientas de intervención basadas en las TIC, como los dispositivos móviles o los sensores.

En suma, los datos ponen de manifiesto la eficacia de estos tratamientos autoaplicados por medio de Internet en el tratamiento de la depresión y, además, cuentan con importantes ventajas adicionales. En cualquier caso, se necesita mucha más investigación sobre este tema, pues por el momento, siguen siendo muchas más las preguntas que las repuestas. En concreto, es necesario determinar la influencia que puedan tener los factores del terapeuta en estos tratamientos totalmente autoaplicados y el grado y tipo de apoyo que puedan necesitar los participantes para que se puedan beneficiar del tratamiento; también resulta imperativo conocer las razones de los abandonos (elevados en los tratamientos autoaplicados a través de Internet) y estar preparados para reducir dicha tasa; o cómo potenciar el mantenimiento de los beneficios una vez ha finalizado el tratamiento; finalmente, es urgente asimismo conocer cómo se comportan ante este tipo de tratamientos distintos grupos de población.

Si bien se ponen de manifiesto que son muchas las

ventajas que ofrecen los tratamientos autoaplicados a través de Internet, estos también pueden presentar una serie de desventajas como hacer que la intervención sea asequible para personas que no la necesitan, las dificultades intrínsecas al uso de la tecnología o la reticencia a su uso. Es fundamental llevar a cabo una buena evaluación para ver si la persona necesita el tratamiento y si se puede beneficiar del mismo. Una decisión muy importante es la de si una persona es adecuada o no para seguir una terapia asistida por ordenador. Es importante hacernos algunas preguntas: ¿cuál es el nivel de lectoescritura del paciente? ¿Qué experiencia tiene en el uso de ordenadores y en la comunicación en línea? ¿Cuál es la actitud del paciente ante la posibilidad de ser tratado a través de Internet o con la ayuda de un ordenador? Por otro lado, es necesario tener en cuenta que el acceso a Internet no es uniforme si lo analizamos en términos de edad, nivel de educación, ingresos o etnia de origen. Por lo tanto, un trabajo muy relevante es identificar a los pacientes que realmente puedan beneficiarse de su uso, en función de sus características. Además otro punto a tener en consideración es que las tasas de abandonos en los tratamientos autoaplicados a través de Internet son más altas que en los tratamientos tradicionales «cara a cara».

Como señalan Johansson y Andersson (2012), una estrategia importante para mejorar los tratamientos autoaplicados podría ser integrarlos en el día a día, esto es, lograr que estos nuevos dispositivos tecnológicos (como los teléfonos móviles inteligentes, o los sensores) estén a nuestro servicio y nos apoyen en el proceso de cambio a lo largo de todo el tratamiento. Este tipo de tratamientos autoaplicados están empezando a llegar a los profesionales de la salud en contextos fundamentales, por ejemplo, en atención primaria. Es bien sabido que en dichos contextos el tiempo disponible para prestar atención, por parte del clínico, suele ser muy limitado, por ello resulta fundamental llevar a cabo estudios que nos aporten un conocimiento más detallado acerca del papel que pueden tener los tipos de apoyo, o los contactos que dedique el clínico a sus pacientes o la frecuencia con la que los ofrezca.

En estos momentos, estamos trabajando ya para proporcionar alguna de estas respuestas y también diseñando algunas líneas de investigación futuras: 1) En primer lugar, llevar a cabo el desmantelamiento del protocolo de intervención que conforma *Sonreír es divertido* para determinar cuáles son los componentes activos del programa y, especialmente, la contribución de los módulos de psicología positiva; 2) En segundo lugar, analizar el posible papel que pueda desempeñar la introducción de sesiones de refuerzo, o mensajes de recordatorio en el mantenimiento o potenciación de los resultados conseguidos en el postratamiento; estudiar también la posible contribución de otras TIC (PDA, teléfonos inteligentes) en la eficacia de los tratamientos autoaplicados; 3) En tercer lugar, también estamos interesados en delimitar la eficacia de este programa de tratamiento autoaplicado por medio de Internet a

otras poblaciones, ya sea poblaciones procedentes de centros de atención primaria o personas en situación de baja laboral debido a la presencia de algún trastorno emocional; 4) En cuarto lugar, estudiar el papel que puede desempeñar la inclusión de otros componentes de tratamiento. En este caso, hemos desarrollado dos nuevos módulos: *Higiene del sueño* y *Control de la medicación*; 5) Finalmente, queremos ampliar los contenidos clínicos de estos programas adaptándolos a las nuevas tendencias basadas en la perspectiva transdiagnóstica que se han desarrollado en los últimos años. Con este programa de investigación será posible abordar el tratamiento de casos más graves y permitirá que los TPBE lleguen a todas las personas que los necesiten.

Siendo conscientes de las importantes cifras de prevalencia que se observan en el caso de la depresión, solo cabe insistir en la necesidad de contar con intervenciones costo-efectivas para las personas que sufren este o cualquier otro trastorno mental. Por ello, resulta básico que otros investigadores contribuyan a este objetivo abriendo otras líneas de investigación futuras que ayuden a delimitar la forma de lograr que estos TPBE autoaplicados por medio de Internet sean más eficaces y eficientes. Sin duda, resulta importante seguir trabajando en esta línea de investigación, ya que reportará notables beneficios a nuestra sociedad a muy distintos niveles.

**Agradecimientos:** Este estudio fue financiado en parte por PROMOSAM (MINECO, Spain PSI2014-56303-REDT) y CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición, CB06/03 Instituto Salud Carlos III, Spain.

## Referencias

- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205. doi: 10.1080/16506070903318960.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196. doi: 10.1371/journal.pone.0013196
- 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. doi:10.3109/00048674.2010.538840
- Antony, M. M. & Stein, M.B. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, 50, 7-15. doi: 10.1007/s00278-004-0403-0
- Bee, P.E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L. & Roach, P. (2008) Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-



- analytic review. *BMC Psychiatry*, 8, 60. doi:10.1186/1471-244X-8-60
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M. & Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 959-986. doi:10.1089/109493100452228.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R.M. y García-Palacios, A (2010) Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*, 41(3), 401-413.
- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillén, 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. doi:10.1089/cyber.2009.0224.
- Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Gallego, M. J., Baños, R. M. & Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57. doi:10.1016/j.cbpra.2006.01.007
- Botella, C., Mira, A., García-Palacios, A., Quero, A., Navarro, M.V., Riera López del Amo, T., ... Baños, R.M. (2012). Smiling is fun: a coping with stress and emotion regulation program. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2012. Advanced Technologies in the Behavioral, Social and Neurosciences*, 123-128.
- Botella, C., Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Castilla, D., Riera López del Amo, A.,... Baños, R. M. (en prensa). An Internet-based interactive self-applied program using physiological sensors: Acceptability and usability. *Behavior modification*.
- Botella, C., Moragrega, I., Baños, R. & García-Palacios, A. (2011). Online predictive tools for intervention in mental illness: The Optimi project. En J.D. Westwood et al (Eds). *Studies in Health Technology and Informatics*, 164, 86-94.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Alcañiz, M. & Fabregat, S. (2008). Telepsychology and self-help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology & Behavior* 11, 659-664. doi:10.1089/cpb.2008.0012.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R.M. & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40(2), 155-170.
- Cavanagh, K., Secombe, N. & Lidbetter, N. (2011). The implementation of computerized cognitive behavioural therapies in a service user-led, third sector self-help clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 427-442. doi: 10.1017/S135246581000858
- Cavanagh, K. & Shapiro, D. A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 239-251.
- Collins, P., Patel, V., & Joestl, S.S. (2011) Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475, 27-30
- Cote, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. G. & Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145. doi:10.1016/S0005-7894(05)80149-2
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a metaanalysis. *PLoS One*, 6, e21274. DOI: 10.1371/journal.pone.0021274
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten. A., Li, J. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40 (12), 1943-1957. doi: 10.1017/S003329171000772
- European Pact for Mental Health and Wellbeing (2008). EU high level conference. Together for mental health and wellbeing. Brussels.
- Gabriel, P. & Liimatainen, M. R. (2000). Mental health in the workplace. Geneva, International Labour Office.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Greist, J.H., Marks, I.M., Baer, L., Kobak, K.A., Wenzel, K.W., Hirsch, M.J., ... 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.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El, A. S., Kraepelien, M., Andersson, E., ... Lindfors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 155, 49-58. doi:10.1016/j.jad.2013.10.023
- Hollon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891-932. doi: 10.1002/da.20741
- Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*. Washington, DC: National Academies Press.
- Johansson, R. & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861-869. doi: 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. doi: 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. doi: 10.1177/2167702612463566

- Kessler, R. C. & Greenberg, P. (2002). The economic burden of anxiety of anxiety and stress disorders, En L.D. Kennet, D. Charney, J. T. Coyle C. H. y Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress* (pp. 981-991). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M.C., König, H.H. & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98, 29-43. doi:10.1016/j.jad.2006.07.017
- 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, 9-18. doi: 10.1017/S003329170300878X
- McCrone, P., Marks, M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M. & McDonough, M. (2009). Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: A pilot economic evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (2), 91-99. doi: 10.1080/16506070802561074
- 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. (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. ISSN: 978-84-697-1980-0 (<http://hdl.handle.net/10803/284396>).
- Mira, A., Botella, C., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Moragrega, I., Riera-López del Amo, A., ... Baños, R. M. (2012). Coping with stress: A program for the prevention of depression. *Information and Communication Technologies applied to Mental Health. Proceedings of the 1st Workshop on ICT applied to Mental Health*, 48-52.
- Mira, A., Bretón-López, J., Garcia-Palacios, A., Quero, S. & Botella, C. Human and automated support on an Internet-based intervention for depression: Randomized Control Trial. *Behaviour Therapy* (en prensa).
- Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schröder, J. & Tressl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 7-8, 513-521. doi:10.1016/j.brat.2012.04.006
- Moritz, S., Schröder, J., Meyer, B. & Hauschildt, M. (2013). The more it is needed, the less it is wanted: Attitudes toward face-to-face intervention among depressed patients undergoing online treatment. *Depression and Anxiety*, 30, 157-167. doi: 10.1002/da.21988.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work. Third Edition*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- NICE (2009). Depression: Treatment and Management of Depression in Adults. Clinical Guideline 90. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Norton, P. J. & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531. doi: 10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32 (4), 329-342. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.004
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A metaanalysis. *Psychological Medicine*, 37 (3), 319-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 18-23. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833ed18f
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L. & Spence, J. (2010). Randomized controlled trial of Internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10), 938-945. doi: 10.3109/00048674.2010.493859.
- 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. doi:10.3109/00048671003614171
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B.,... Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.

### Un programa d'intervenció autoaplicat a través d'Internet per al tractament de la depressió: Somriure és divertit

**Resum:** La depressió és una de les grans problemàtiques per a la salut mundial en l'actualitat. Cal llavors disposar d'intervencions eficaces per al seu tractament. Si bé en l'actualitat hi ha nombrosos tractaments psicològics amb suport empíric sobre la seva eficàcia, la població que es beneficia dels mateixos és molt reduïda, a causa dels alts costos de la seva implementació, alhora requereix la falta de professionals ben entrenats. L'ús d'Internet apareix com una eina útil per administrar els tractaments i superar els problemes que es presenten. En aquest sentit, el present treball té per objectiu presentar la descripció d'un programa d'intervenció autoaplicat a través d'Internet per al tractament de la depressió, desenvolupat pel Laboratori de Psicologia i Tecnologia (LabPsiTec).

**Paraules clau:** depressió; tractament; Internet; teràpies basades en l'evidència; TIC