



**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**



**Implementación y eficacia de un  
tratamiento de psicoeducación familiar  
en esquizofrenia mediante ciberterapia**

## **Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia**

### **TESIS DOCTORAL**

Presentada por Felipe C. Soto Pérez

Dirigida por Manuel A. Franco-Martin  
Fernando Jiménez Gómez

**TESIS  
2011**



**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**  
**PSICOLÓGICO**



# **Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia**

Alumno: Felipe C. Soto Pérez

Directores: Manuel A. Franco-Martin  
Fernando Jiménez Gómez

*Tesis presentada como requisito para obtener el Grado de Doctor en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Salamanca.*

***Salamanca, Septiembre de 2011***



## ***INFORME DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS DOCTORAL***

**D. Manuel Ángel Franco-Martin y D. Fernando Jiménez Gómez**, en calidad de Directores de la Tesis Doctoral titulada *“IMPLEMENTACIÓN Y EFICACIA DE UN TRATAMIENTOS DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR EN ESQUIZOFRENIA MEDIANTE CIBERTERAPIA”*, realizada por el alumno **D. Felipe Claudio Soto Pérez** para su lectura y defensa ante tribunal,

DESEAN HACER CONSTAR que,

dicho trabajo contiene los elementos de originalidad y aportación científica suficientes para ser expuesto y defendido ante tribunal.

Salamanca, Septiembre de 2011.

LOS DIRECTORES DEL TRABAJO DE GRADO

Fdo. Manuel Ángel Franco-Martin

Fdo. Fernando Jiménez Gómez



## ***AGRADECIMIENTOS***

Como parte de los rasgos obsesivos que me acompañan debo utilizar sólo un folio y medio en los agradecimientos. La anterior frase sólo pretende justificar cualquier omisión posterior.

En primer lugar, agradezco la paciencia de las mujeres de mi vida; en segundo y tercer lugar, también están ellas. A continuación, debo agradecer quienes han patrocinado esta investigación doctoral: el Ministerio de Planificación y el Ministerio de Educación del Gobierno de Chile; Fundación INTRAS y al restorán chino Hong Kong de Salamanca. En este último, mientras esperaba pedidos y me impregnaba de un olor a comida china, leí mucha de la bibliografía revisada.

Junto a lo anterior, quisiera agradecer el apoyo del proyecto BIEN-E-STAR: Nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC): integración y consolidación de su uso en ciencias sociales para mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar (Nº Ref.: SEJ2006-14301/PSIC del programa CONSOLIDER-C del Ministerio de Ciencia e Innovación de España). Asimismo, al proyecto RESATER (Red de salud y telemedicina en zonas rurales; Programa Interreg SUDOE IV B del Fondo Europeo de Desarrollo Regional Cod: SOE1/P3/F197); y al Proyecto de Investigación y desarrollo de tecnologías en la atención socio-sanitaria: INDESS (Programa de Cooperación Transfronteriza POCTEP 0184 INDESS 2 E). Finalmente, agradezco la paciencia y trabajo del Grupo de Ingeniería Biomédica de la Universidad de Valladolid que ha apoyado el desarrollo tecnológico y humano de *psicoED*.

Recuerdo que a los días de haber llegado a España, en la cafetería de la Escuela de Psicología Manuel Franco-Martín me propuso el tema de las ciberterapias; inmediatamente me resistí. Mis agradecimientos y admiración también para él. No puedo dejar de agradecer las conversaciones con Fernando Jiménez que han destrabado muchos atascos.

Cómo dejar de lado a todas las personas que han acompañado en estos años; primero en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zamora; posteriormente valorando dependencia en el Hospital Provincial y hasta en el Equipo de Apoyo Comunitario. El apoyo de los departamentos de Desarrollos Tecnológicos Socio-sanitarios, al de *Gradior* y el de Proyectos de Fundación INTRAS. Especial mención debo hacer a quienes hemos convivimos en las catacumbas, esperando que dios se recuerde de nosotros.

Por sobre todo, agradezco a las familias que me abrieron su corazón y heridas para participar en este estudio; que me han recibido en sus casas y que hemos compartido más de un año de nuestras vidas.

Me propuse una página para esto y no debo dejar de agradecer a todos quienes hicieron este trabajo más difícil; quienes me pusieron trabas y problemas: sin ellos, el placer de ver como sale la última hoja de la impresora, no sería tan gratificante como ahora:

**A TODOS, ¡GRACIAS-TOTALES!**



## ***DEDICATORIA***

A Claudia, Javiera y l@s que vengan.

A la Familia y a l@s Amig@s

Al Vino, al Mate y a la Música

A los 102 años de mi abuelo quién siempre me animó a obtener un cartón



# ***INDICE GENERAL***

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>47</b>
<b>I. UNA APROXIMACIÓN A LA ESQUIZOFRENIA Y SUS TRATAMIENTOS</b>	
<b>PSICOEDUCATIVOS .....</b>	<b>51</b>
Los modelos psicoeducativos familiares en esquizofrenia .....	55
Antecedentes históricos del modelo psicoeducativo .....	60
Principios que guían la intervención.....	67
Valoración de las intervenciones psicoeducativas .....	74
Áreas que se han evaluado para medir los efectos de las intervenciones	
psicoeducativas familiares en la esquizofrenia .....	74
Instrumentos que se han utilizado para determinar los efectos de las psicoeducaciones	
familiares en esquizofrenia.....	75
Características generales de los modelos psicoeducativos más difundidos .....	80
La intervención psicoeducativa en crisis de Goldstein.....	81
El modelo psicoeducativo de Anderson.....	83
Intervención dinámica de Köttgen .....	85
La terapia familiar conductual de Falloon.....	87
Las intervenciones psicosociales de Leff.....	89
Las intervenciones cognitivos conductuales de Tarrrier y Barrowclough .....	90
La consultoría familiar de Wynne .....	92

Los programas educativos de familia-a-familia de la NAMI.....	93
La psicoeducación (Andaluza) de Muela y Godoy.....	94
Las intervenciones en grupos multifamiliares de McFarlane .....	96
El programa psicoeducativo del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Zamora .....	97
Aspectos comunes y diferenciales entre las intervenciones psicoeducativas familiares .....	98
Principales resultados de las intervenciones psicoeducativas familiares en la esquizofrenia 101	
Reducción de los ingresos .....	103
Reducción de los días de hospitalización .....	103
Disminución de recaídas .....	104
Cumplimiento de la medicación.....	104
Funcionamiento socio-laboral.....	104
Resultados en los familiares.....	105
Costos.....	105
Una mirada hacia el futuro de la investigación en psicoeducación familiar en esquizofrenia 105	
<b>II. LAS CIBERTERAPIAS UN COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN TRADICIONAL QUE FACILITA EL ACCESO A SERVICIOS.....</b>	<b>109</b>
Breve historia de la ciberterapia.....	110
Usos de las nuevas tecnologías en salud .....	113

Definiciones en ciberterapias .....	122
Las ventajas y desventajas del uso de las TICs en Salud Mental .....	122
Ventajas.....	122
Desventajas .....	126
Consideraciones previas al desarrollo de una ciberterapia.....	129
Entrenamiento profesional .....	130
Educación del cliente .....	131
Adaptaciones de las psico-tecnologías.....	133
Adaptaciones de las técnicas psicoterapéuticas .....	135
Clasificación de las intervenciones que utilizan las nuevas tecnologías .....	137
Áreas en que se han utilizado ciberterapias.....	143
Algunas conclusiones sobre las ciberterapias y sobre su efectividad .....	162
<b>III. JUSTIFICACION, PREGUNTAS GUÍAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO .....</b>	<b>167</b>
Justificación y grado de innovación .....	167
Justificación personal .....	168
Justificación del estudio .....	172
Preguntas guías.....	174
Objetivos 175	
Objetivos generales.....	175
Objetivos específicos.....	175
Hipótesis 176	
<b>IV. POBLACIÓN, MATERIALES, MÉTODOS y PROCEDIMIENTOS .....</b>	<b>181</b>
Población y muestra .....	181
El servicio de psiquiatría de Zamora .....	182

Participantes o muestra del estudio .....	189
Materiales e Instrumentos .....	204
Instrumentos o materiales de intervención.....	205
Instrumentos de medición .....	209
Métodos y procedimientos.....	221
Diseño metodológico general de la investigación .....	221
Método y procedimiento bibliográfico .....	225
Métodos y procedimientos de intervención terapéutica .....	227
Método y procedimiento de desarrollo de la plataforma psicoED.....	257
Método y procedimiento de evaluación clínica .....	263
Método y procedimiento de investigación cualitativa .....	273
<b>V.    RESULTADOS .....</b>	<b>279</b>
Resultados respecto al proceso de implementación y estudio tecnológico para el desarrollo de una ciberterapia .....	279
Cobertura territorial telefónica en Zamora.....	280
Conexión a internet mediante cable y/o ADSL .....	282
Utilización de telecentros.....	284
Conexión vía satélite o banda ancha rural .....	284
Conexión mediante internet móvil .....	285
Impacto del servicio de internet en la cobertura del Servicio de Psiquiatría de Zamora .....	286

Otros aspectos tecnológicos .....	289
Resultados referidos a las expectativas ante el tratamiento .....	295
Confiabilidad del instrumento de valoración de expectativas.....	295
Resultados descriptivos de las expectativas .....	296
Resultados inferenciales de las expectativas .....	299
Análisis correlacionales de las expectativas.....	300
Valoración del la escala de expectativas una vez transcurridos nueve meses.....	301
Satisfacción con la intervención .....	303
Usabilidad y calidad .....	305
Calidad de sonido e imagen.....	306
Sentido de presencia .....	307
Comparación de sesiones y asistencia.....	308
Sesiones y correo electrónico .....	308
Sesiones unifamiliares cara a cara .....	310
Uso del correo electrónico .....	311
Llamadas telefónicas .....	311
Asistencia .....	312
Duración de las sesiones y demanda de tiempo profesional .....	312
Alianza terapéutica de los usuarios .....	314
Fiabilidad del instrumento de valoración de alianza de trabajo entre usuarios.....	314
Resultados descriptivos de la alianza de trabajo en los usuarios .....	314
Análisis inferencial de la alianza de trabajo de los usuarios .....	317
Alianza de trabajo desde la perspectiva de los terapeutas .....	320

Confiabilidad de la medida de alianza de trabajo entre terapeutas.....	321
Resultados descriptivos de la alianza de trabajo de los terapeutas .....	321
Comparación de la alianza de trabajo entre terapeutas y participantes .....	323
Resultados descriptivos de la comparación de alianza de trabajo .....	324
Comparación entre terapeutas y usuarios en cada una de las situaciones considerando las cuatro mediciones de alianza de trabajo .....	326
Resultados en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad .....	331
Confiabilidad del instrumento de valoración de conocimientos .....	332
Resultados descriptivos en cuanto a los conocimientos sobre la enfermedad comparando a los tres grupos experimentales .....	332
Análisis inferencial de los conocimientos .....	338
Resultados en cuanto al apoyo social.....	348
Confiabilidad del instrumento de valoración del apoyo social .....	348
Situación previa a los tratamientos en cuanto a apoyo social.....	349
Análisis descriptivo del apoyo social al inicio y al finalizar los tratamientos .....	350
Análisis inferencial del apoyo social entre los tres grupos experimentales .....	353
Análisis inferencial del apoyo social desde un punto de vista intra-sujeto .....	354
Satisfacción con el servicio de psiquiatría .....	363
Resultados descriptivos respecto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría .....	363
Análisis inferencial sobre la satisfacción con el servicio de psiquiatría .....	367
Resultados en salud general .....	372



Confiabilidad del instrumento de valoración de la salud general.....	373
Resultados descriptivos en cuanto a la salud general.....	373
Análisis inferencial sobre la salud general .....	375
Resultados de la comparación de los resultados en la escala de salud general al inicio de la investigación o previo a los tratamientos .....	376
Resultados en cuanto al estado de salud general posterior a nueve meses de tratamientos .....	378
Resultados del focus group.....	387
Opiniones en cuanto a las expectativas positivas ante la ciberterapia .....	388
Opiniones en cuanto a las expectativas negativas ante la ciberterapia .....	389
Opiniones respecto a la satisfacción con la ciberterapia .....	392
Opiniones que abordan una experiencia negativa con la ciberterapia .....	401
Opiniones en cuanto a los resultados de la ciberterapia .....	405
<b>VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>409</b>
Datos sociodemográficos.....	410
Implementación tecnológica de una ciberterapia.....	414
Posibilidades futuras de implementación de ciberterapias.....	424
Posibles infraestructuras para el soporte de ciberterapias .....	436
El problema de la sostenibilidad .....	439
Discusión sobre la instalación de la tecnología en los domicilios .....	442

Desarrollo de la intervención .....	445
Características del ciberterapeuta .....	448
Aspectos que se pueden mejorar de la plataforma psicoED .....	451
Expectativas ante el tratamiento online.....	452
Expectativas de los usuarios.....	453
Las expectativas desde la perspectiva de los profesionales .....	462
Alianza de trabajo .....	463
Alianza de trabajo desde el punto de vista de los usuarios .....	464
La alianza de trabajo desde el punto de vista de los terapeutas .....	469
Comparación de la alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios .....	472
Sobre la ciber-alianza de trabajo.....	476
Uso del tiempo y la comparativa en la planificación y desarrollo de las sesiones .....	477
Cantidad de sesiones, contactos y asistencia .....	477
Uso del tiempo .....	480
Fallos de psicoED.....	482
Satisfacción con la intervención .....	483
Usabilidad y accesibilidad.....	488
Calidad de la comunicación.....	490
Sentido de presencia .....	491
Satisfacción con el servicio de psiquiatría .....	493
Salud general .....	494
El componente educativo de la psicoeducación .....	497
Efectos sobre los conocimientos generales .....	498

Efectos sobre los conocimientos errados .....	498
Efectos sobre el conocimiento profundo sobre la enfermedad .....	499
Efectos sobre conocimientos específicos.....	500
Apoyo social.....	503
Sugerencias y futuras investigaciones .....	505
Sugerencias y futuras investigaciones sobre las psicoeducaciones.....	505
Sugerencias y futuras investigaciones sobre la atención rural y la organización de servicios .....	506
Sugerencias y futuras investigaciones sobre las ciberterapias .....	507
Sugerencias y futuras investigaciones sobre el e-learning .....	508
<b>VII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>509</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>519</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>551</b>



## ***ÍNDICE DE ANEXOS\****

Anexo 1: Glosario de términos

Anexo 2: Manuel del programa de familias

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Aprobación por el Comité de Ética

Anexo 5: Carta de retroalimentación de la situación previa a las intervenciones

Anexo 6: Carta de retroalimentación de la situación posterior a las intervenciones

Anexo 7: Sobres enviados

Anexo 8: Invitación del Jefe de Servicio de Psiquiatría

Anexo 9: Instrucciones para el grupo tradicional

Anexo 10: Cuestionario de expectativas

Anexo 11: CEFI: Cuestionario de conocimientos sobre la esquizofrenia

Anexo 12: GHQ-28

Anexo 13: VSSS: Cuestionario de Satisfacción con el Servicio de Psiquiatría

Anexo 14: WAI: Escala de alianza de trabajo usuarios en situación tradicional

Anexo 15: WAI: Escala de alianza de trabajo de terapeutas

Anexo 16: MOS SS: Escala de apoyo social

Anexo 17: Cuestionario de opiniones, satisfacción y presencia en la situación tradicional

Anexo 18: Cuestionario de opiniones, satisfacción y presencia en la situación online

Anexo 19: Resumen del registro del cuaderno de campo

\*Estos Anexos se encuentran en el CD adjunto

Anexo 20: Registro de datos socio-demográficos

Anexo 21: Carta del director del servicio posterior a los tratamientos

Anexo 22: Segunda carta informativa y de motivación

Anexo 23: Guión de grupos focales

Anexo 24: Memoria técnica del programa psicoED

Anexo 25: Manual de instalación del programa psicoED

Anexo 26: Manual del administrador del programa psicoED

Anexo 27: Manual del administrador total de psicoED

Anexo 28: Manual para el pago con tarjeta de psicoED

Anexo 29: Manual del terapeuta de psicoED

Anexo 30: Manual del usuario de psicoED

\*Estos Anexos se encuentran en el CD adjunto

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Objetivos de la Intervención psicosocial.....	54
Tabla 2: Eventos históricos en el desarrollo de la psicoeducación.....	61
Tabla 3: Requisitos que se les debe exigir a cualquier intervención psicoeducativa .....	68
Tabla 4: Áreas que se han evaluado en el estudio de los resultados de la psicoeducación.	75
Tabla 5: Componentes de las áreas que han sido consideradas en la evaluación de las intervenciones psicoeducativas con familiares.....	75
Tabla 6: Intervenciones psicoeducativas familiares en esquizofrenia .....	81
Tabla 7: Aspectos comunes y diferenciales en las intervenciones psicoeducativas .....	99
Tabla 8: Comparación de los modelos psicoeducativos fundamentales (Identificación) ..	100
Tabla 9: Comparación de los modelos psicoeducativos fundamentales.....	101
Tabla 10: Dificultades de acceso a las intervenciones psicoeducativas .....	103
Tabla 11: Razones para utilizar soporte web en intervenciones de salud .....	119
Tabla 12: Ventajas y desventajas del uso de las TICs en Salud Mental .....	123
Tabla 13: Unidades temáticas para una formación en tele-psiquiatría .....	131
Tabla 14: Conductas compensatorias para superar la distancia física .....	137
Tabla 15: Alternativas de clasificación de las intervenciones ciberterapéuticas .....	138
Tabla 16: Algunos usos posibles de las ciberterapias en salud mental .....	140
Tabla 17: Recursos disponibles en “ <i>The Schizophrenia Guide Web Site</i> ” .....	156
Tabla 18: Resumen de las intervenciones en ciberterapias y sus cuadros.....	163
Tabla 19: Grado de innovación del presente estudio.....	169
Tabla 20: Criterios para la indicación de psicoeducación presentada a los profesionales que derivan.....	190
Tabla 21: Características que determinan la participación en el grupo tradicional, psicoED y grupo control.....	191
Tabla 22: Prueba Exacta de Fisher entre el sexo de los participantes.....	199

Tabla 23: Síntesis y perfil de los participantes del estudio.....	200
Tabla 24: ANOVA comparativa de la edad de los participantes en cada uno de los grupos del estudio.....	201
Tabla 25: Prueba Exacta de Fischer entre el nivel socioeconómico de los diferentes grupos del estudio.....	201
Tabla 26: Prueba Exacta de Fischer para el parentesco de los diferentes familiares de referencia en cada uno de los grupos del estudio .....	201
Tabla 27: Nivel de estudio de los pacientes .....	203
Tabla 28: Objetivos específicos de la intervención tradicional .....	206
Tabla 29: Objetivos específicos del programa de psicoeducación online mediante la plataforma psicoED .....	206
Tabla 30: Temáticas de sesiones online .....	208
Tabla 31: Instrumentos utilizados .....	210
Tabla 32: Orientaciones para la puntuación del <i>CEFI</i> .....	211
Tabla 33: Variables sociodemográficas .....	217
Tabla 34: Temas a abordar en el grupo focal .....	220
Tabla 35: Proceso de obtención del consentimiento informado .....	225
Tabla 36: Términos claves utilizados en el proceso de búsqueda bibliográfica .....	228
Tabla 37: Pasos realizados en cada una de las búsquedas bibliográficas desarrolladas....	229
Tabla 38: Supuestos a transmitir a la familia.....	233
Tabla 39: Técnicas grupales de la intervención .....	238
Tabla 40: Intervenciones estructurales según el tipo de familia cuidadora.....	239
Tabla 41: Reglas de comunicación.....	240
Tabla 42: Estrategias para favorecer que una familia se incorporase a la intervención ....	242
Tabla 43: Estrategias empleadas para mantener a la familia a lo largo de la intervención	242
Tabla 44: Objetivos del Taller Informativo .....	244



Tabla 45: Guía de Manejo familiar .....	246
Tabla 46: Consideraciones para evaluar los logros del taller informativo .....	247
Tabla 47: Estructura del Taller Informativo .....	247
Tabla 48: Contenidos a abordar en el Taller Informativo .....	250
Tabla 49: Orientaciones generales respecto a los contenidos del Taller Informativo .....	250
Tabla 50: Preguntas que los terapeutas debían saber responder previo al inicio de cada sesión .....	254
Tabla 51: Distribución de las tareas desde la fase 3 .....	255
Tabla 52: Síntesis de las fases de la psicoeducación .....	258
Tabla 53: Fases del diseño teórico de la plataforma psicoED .....	259
Tabla 54: Fases del diseño de materiales y pilotajes de la plataforma psicoED.....	263
Tabla 55: Tareas desarrolladas en la configuración de ordenadores .....	264
Tabla 56: Procedimientos realizados durante la fase de desarrollo del experimento .....	267
Tabla 57: Análisis estadísticos realizados con los datos obtenidos en la fase previa del estudio.....	271
Tabla 58: Orientaciones para la interpretación del $\alpha$ de Cronbach .....	271
Tabla 59: Análisis estadísticos realizados con los datos obtenidos en la fase post del estudio .....	273
Tabla 60: Orientaciones para la interpretación del resultado de $r$ .....	273
Tabla 61: Fases de la metodología cualitativa utilizada .....	274
Tabla 62: Cobertura telefónica en la provincia de Zamora .....	281
Tabla 63: Cobertura de internet en la provincia de Zamora .....	283
Tabla 64: Criterios de <i>usabilidad del ordenador</i> .....	289
Tabla 65: <i>Requerimiento de hardware</i> para psicoED .....	290
Tabla 66: <i>Software instalado</i> para aprovechar psicoED .....	292
Tabla 67: Resultados descriptivos cuestionario de <i>Expectativas ante el Tratamiento</i> .....	298

Tabla 68: Resultados descriptivos ante la <i>capacidad de manejar la tecnología</i> .....	299
Tabla 69: Resultados descriptivos ante la <i>preferencia por tratamiento tradicional</i> .....	299
Tabla 70: Resultados la prueba $\tau$ entre las <i>expectativas ante el tratamiento</i> .....	300
Tabla 71: Correlaciones entre <i>expectativas y experiencia</i> con ordenadores .....	301
Tabla 72: Correlaciones entre <i>expectativas y experiencia</i> con ordenadores.....	302
Tabla 73: Resultados la prueba $\mu$ de Mann- Whitney para la <i>satisfacción con los</i> <i>tratamiento</i> .....	303
Tabla 74: Prueba $\tau$ para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza de trabajo</i> durante la primera sesión .....	318
Tabla 75: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza</i> <i>de trabajo</i> durante la primera sesión.....	318
Tabla 76: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza</i> <i>de trabajo</i> durante la segunda sesión.....	318
Tabla 77: Prueba $\tau$ para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza de trabajo</i> durante la tercera sesión .....	319
Tabla 78: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza</i> <i>de trabajo</i> durante la tercera sesión.....	319
Tabla 79: Prueba $\tau$ para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza de trabajo</i> posterior a nueve meses .....	319
Tabla 80: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la <i>alianza</i> <i>de trabajo</i> posterior a nueve meses .....	320
Tabla 81: Prueba $\mu$ de Mann Whitney entre terapeuta y participantes del grupo tradicional en cuanto a la <i>alianza de trabajo</i> a lo largo del todo el tratamiento .....	331
Tabla 82: Prueba $\mu$ de Mann Whitney entre terapeuta y participantes del grupo online en cuanto a la <i>alianza de trabajo</i> a lo largo del todo el tratamiento .....	331

Tabla 83: Prueba $K$ de Kruskal Wallis entre los grupos sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al inicio del estudio .....	339
Tabla 84: ANOVA entre los grupos sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al inicio del estudio.....	339
Tabla 85: ANOVA entre los grupos sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	340
Tabla 86: Prueba $K$ de Kruskal Wallis entre los grupos sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	340
Tabla 87: Prueba $\mu$ de Mann-Whitney entre los grupos tradicional y online sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	341
Tabla 88: Prueba $\tau$ entre los grupos tradicional y online sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	342
Tabla 89: Prueba $\tau$ entre los grupos tradicional y control sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	343
Tabla 90: Prueba $\mu$ de Mann-Whitney entre los grupos tradicional y control sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	343
Tabla 91: Prueba $\tau$ entre los grupos tradicional y control sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	344
Tabla 92: Prueba $\mu$ de Mann-Whitney entre los grupos online y control sobre los <i>conocimientos de la enfermedad</i> al finalizar del estudio.....	344
Tabla 93: Prueba $\tau$ intra-sujeto en el grupo tradicional entre la situación previa y posterior al tratamiento en cuanto a los <i>conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	346
Tabla 94: Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon ( $W^+$ ), para el análisis intra-sujeto en el grupo tradicional comparando la situación pre y post en cuanto a los <i>conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	346

Tabla 95: Prueba $\tau$ intra-sujeto en el grupo online entre la situación previa y posterior al tratamiento en cuanto a los <i>conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	347
Tabla 96: Prueba de rangos con signo de Wilcoxon ( $W^+$ ) para el análisis intra-sujeto en el grupo online comparando la situación pre y post en cuanto a los <i>conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	347
Tabla 97: Prueba $\tau$ intra-sujeto en el grupo control entre la situación previa y posterior al tratamiento en cuanto a los <i>conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	348
Tabla 98: Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para el análisis intra-sujeto en el grupo control comparando la situación pre y post en cuanto a los <i>conocimientos sobre la enfermedad</i> .....	348
Tabla 99: ANOVA sobre la <i>Escala de Apoyo Social</i> en situación pre-tratamiento entre las tres situaciones experimentales .....	349
Tabla 100: Prueba $K$ no paramétrica de Kruskal Wallis Escala de <i>Apoyo Social</i> en situación pre-tratamiento.....	349
Tabla 101: ANOVA entre los grupos al finalizar los tratamientos en cuanto al <i>apoyo social</i> .....	354
Tabla 102: Prueba $K$ no paramétrica de Kruskal Wallis entre los grupos al finalizar los tratamientos en cuanto al <i>apoyo social</i> .....	354
Tabla 103: Prueba $\tau$ para muestras relacionadas grupo tradicional en cuanto a las <i>dimensiones del apoyo social</i> .....	357
Tabla 104: Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas grupo tradicional cuanto a las dimensiones del <i>apoyo social</i> .....	357
Tabla 105: Prueba $\tau$ para muestras relacionadas grupo online en cuanto al <i>apoyo social</i>	360
Tabla 106: Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas grupo online en cuanto al <i>apoyo social</i> .....	360

Tabla 107: Prueba $\tau$ para muestras relacionadas grupo control al inicio y transcurridos nueve meses de tratamientos en cuanto al <i>apoyo social</i> .....	362
Tabla 108: Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas grupo control al inicio y transcurridos nueve meses en cuanto al <i>apoyo social</i> .....	363
Tabla 109: ANOVA <i>satisfacción con el servicios</i> todos los grupos participantes en la situación previa a los tratamientos.....	368
Tabla 110: Prueba $K$ no paramétrica de Kruskal Wallis en la <i>satisfacción con los servicios</i> previa a los tratamientos .....	368
Tabla 111: ANOVA <i>satisfacción con los servicios</i> posterior a los tratamientos en los tres grupos al inicio y transcurridos nueve meses .....	369
Tabla 112: Prueba $K$ no paramétrica de Kruskal Wallis en la <i>satisfacción con los servicios</i> previa a los tratamientos .....	369
Tabla 113: Resultados de la Prueba no paramétrica $\mu$ de Mann Whitney para la <i>dimensión accesibilidad</i> de la satisfacción entre los grupos control y online .....	370
Tabla 114: Prueba $\tau$ intra-sujeto para la <i>satisfacción con los servicios</i> del grupo tradicional .....	371
Tabla 115: Prueba de Rango de Wilcoxon para la <i>satisfacción con el servicio</i> del grupo tradicional .....	371
Tabla 116: Prueba $\tau$ intra-sujeto para la <i>satisfacción con el servicio</i> del grupo online .....	371
Tabla 117: Prueba de Rango de Wilcoxon para la <i>satisfacción con los servicios</i> del grupo online.....	372
Tabla 118: Prueba $\tau$ intra-sujeto para la <i>satisfacción con los servicios</i> del grupo control .	372
Tabla 119: Prueba de Rango de Wilcoxon para la <i>satisfacción</i> del grupo online.....	372
Tabla 120: ANOVA para la comparación de grupos al inicio del tratamiento en la <i>escala de salud GHQ-28</i> .....	377

Tabla 121: Prueba de Kuskal Wallis para la comparación de grupos al inicio del tratamiento en la <i>escala de salud GHQ-28</i> .....	377
Tabla 122: Prueba $\mu$ de Mann-Whitney entre la situaciones online y tradicional al inicio del los tratamientos en la <i>escala de salud general</i> .....	377
Tabla 123: Prueba $\mu$ de Mann-Whitney entre la situaciones online y control al inicio del los tratamientos en la <i>escala de salud general</i> .....	377
Tabla 124: ANOVA entre los tres grupos de tratamientos en la <i>escala GHQ-28</i> al finalizar los tratamientos.....	378
Tabla 125: Prueba de Kuskal Wallis para la comparación de grupos al fin del tratamiento en la <i>escala de salud GHQ-28</i> .....	379
Tabla 126: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para la comparación del los grupos tradicional y online al finalizar el tratamiento en la <i>escala de salud general</i> .....	379
Tabla 127: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para la comparación del los grupos tradicional y control al finalizar el tratamiento en la <i>escala de salud general</i> .....	380
Tabla 128: Prueba $\mu$ de Mann Whitney para la comparación del los grupos online y control al finalizar el tratamiento en la <i>escala de salud general</i> .....	380
Tabla 129: Prueba $\tau$ intra-sujetos para el grupo tradicional en la <i>escala GHQ-28</i> .....	382
Tabla 130: Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon para el análisis intrasujeto en la situación tradicional en la <i>escala GHQ-28</i> .....	383
Tabla 131: Comparación intra-sujeto mediante Prueba $\tau$ en la <i>escala GHQ-28 del grupo online</i> .....	384
Tabla 132: Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon para la comparación intrasujeto del grupo online en la <i>escala GHQ-28</i> .....	385
Tabla 133: Comparación intra-sujeto del grupo control en la <i>escala GHQ-28</i> .....	386
Tabla 134: <i>Expectativas negativas</i> ante la propuesta del programa psicoED .....	389

Tabla 135: Razones que permiten que el programa psicoED sea valorado con <i>satisfacción</i>	393
Tabla 136: El programa psicoED es <i>útil</i>	395
Tabla 137: Contenidos de la <i>experiencia negativa</i> con psicoED	401
Tabla 138: <i>Falta de tiempo</i> para el aprovechamiento de psicoED	402
Tabla 139: Guía de un proceso de implementación de ciberterapias	420
Tabla 140: Implementación tecnológica en domicilios de psicoED	423
Tabla 141: Condiciones que determinan el éxito de acciones sustentadas en internet	424
Tabla 142: Unidades temáticas para una formación en tele-psiquiatría	431
Tabla 143: Las ciberterapias en un modelo de tratamiento escalonado	436
Tabla 144: Competencias de un ciberterapeuta para psicoED	448
Tabla 145: Elementos a considerar para generar expectativas positivas a lo largo del proceso de implementación de una ciberterapia	456
Tabla 146: Dimensiones de la alianza de trabajo en el contexto online según el momento en que se debe trabajar especialmente	475
Tabla 147: Disfunción social grave según el GHQ-28	495





## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolución de las publicaciones sobre psicoeducación.....	57
Figura 2: Origen de las publicaciones sobre psicoeducación .....	58
Figura 3: Algunos contenidos habituales hallados en las publicaciones sobre psicoeducación.....	59
Figura 4: Evolución de las publicaciones sobre psicoterapia e internet en PsycINFO*.....	115
Figura 5: Lugar de publicación de los artículos sobre psicoterapia e internet .....	116
Figura 6: Algunas palabras claves en las publicaciones sobre psicoterapia e internet .....	116
Figura 7: Mapa Socio-Sanitario del Servicio de Psiquiatría de Zamora .....	186
Figura 8: Flujo de acciones y decisiones para la conformación de los grupos de participantes .....	194
Figura 9: Participantes del estudio agrupados por grupo experimental en las situaciones pre y post.....	197
Figura 10: Porcentaje de <i>muerte muestral</i> por grupo a lo largo del estudio .....	198
Figura 11: Porcentaje de <i>muerte muestral</i> a lo largo del estudio .....	198
Figura 12: Procedimientos de la fase de aplicación de medidas previas .....	266
Figura 13: Procedimientos de la fase de aplicación de medidas posteriores.....	268
Figura 14: <i>Disponibilidad de conexión</i> entre todos los participantes (cantidad de participantes) .....	281
Figura 15: Distribución de los diferentes tipos de posibilidades de conexión a internet ..	287
Figura 16: Mapa de la <i>cobertura de la red 3G</i> en la provincia de Zamora .....	287
Figura 17: Cobertura del servicio de psiquiatría y de internet móvil en la Provincia de Zamora .....	288
Figura 18: Ordenador utilizado en el estudio <i>psicoED</i> .....	291
Figura 19: Ordenador recomendado en futuras aplicaciones .....	292

Figura 20: <i>Porcentaje de usuarios</i> según tipo de navegador web.....	294
Figura 21: Gráfico comparativo de las medias de las preguntas sobre <i>expectativas</i> ante el tratamiento entre el grupo online y tradicional .....	296
Figura 22: Gráfico de las media de las <i>expectativas ante el tratamiento</i> en el grupo online y tradicional al inicio del tratamiento.....	297
Figura 23: Medias de las preguntas de <i>satisfacción con la intervención</i> comparadas entre ambos tratamientos.....	304
Figura 24: <i>Recursos y contenidos</i> más y menor útiles de la plataforma <i>psicoED</i> .....	305
Figura 25: <i>Aspectos calificados como fáciles y difíciles</i> por el grupo que asistió al tratamiento tradicional.....	306
Figura 26: Opiniones en cuanto a la <i>usabilidad</i> más alta y más baja .....	306
Figura 27: Medias de comparación del <i>sentido de presencia</i> en el grupo online y tradicional .....	308
Figura 28: <i>Cantidad de sesiones</i> en cada uno de los grupos .....	309
Figura 29: <i>Eventos tecnológicos</i> entre las sesiones de videoconferencias en la plataforma <i>psicoED</i> .....	310
Figura 30: <i>Síntesis de las sesiones</i> de videoconferencias en la plataforma <i>psicoED</i> .....	310
Figura 31: <i>Tipo de sesiones</i> realizadas en <i>psicoED</i> .....	312
Figura 32: Comparación de la <i>duración promedio de las sesiones</i> y su preparación en las intervenciones online y tradicional.....	313
Figura 33: Trayectoria de la <i>alianza de trabajo</i> a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo.....	315
Figura 34: Trayectoria de la <i>dimensión de tareas de la alianza de trabajo</i> a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo.....	315
Figura 35: Trayectoria de la <i>dimensión de vínculo de la alianza de trabajo</i> a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo.....	316

Figura 36: Trayectoria de la <i>dimensión de metas de la alianza de trabajo</i> a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo.....	317
Figura 37: <i>Alianza de trabajo entre terapeutas</i> en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo .....	322
Figura 38: <i>Dimensión tareas de la alianza de trabajo entre terapeutas</i> en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo .....	322
Figura 39: <i>Dimensión vínculo de la alianza de trabajo entre terapeutas</i> en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo .....	323
Figura 40: <i>Dimensión metas de la alianza de trabajo entre terapeutas</i> en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo .....	324
Figura 41: Medias de las <i>medidas totales de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios</i> de ambos grupos experimentales.....	325
Figura 42: Medias de las medidas de la <i>dimensión tareas de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios</i> de ambos grupos experimentales .....	325
Figura 43: Medias de las medidas de la <i>dimensión vínculo de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios</i> de ambos grupos experimentales .....	326
Figura 44: Medias de las medidas de la <i>dimensión metas de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios</i> de ambos grupos experimentales .....	327
Figura 45: Medias de la <i>puntuación total de la alianza de trabajo tanto de terapeutas como usuarios</i> en las condiciones online y tradicional.....	328
Figura 46: Medias de la <i>dimensión tareas de la alianza de trabajo</i> tanto de terapeutas como usuarios en las condiciones online y tradicional.....	329
Figura 47: Medias de la <i>dimensión vínculo de la alianza de trabajo</i> tanto de terapeutas como usuarios en las condiciones online y tradicional.....	329
Figura 48: Medias de la <i>dimensión metas de la alianza de trabajo</i> tanto de terapeutas como usuarios en las condiciones online y tradicional.....	330

Figura 49: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos totales sobre la enfermedad</i> .....	333
Figura 50: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos erróneos sobre la enfermedad</i> .....	333
Figura 51: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos profundo sobre la enfermedad</i> .....	334
Figura 52: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos sobre el diagnóstico de la enfermedad</i> .....	334
Figura 53: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos sobre las causas de la enfermedad</i> .....	335
Figura 54: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los conocimientos sobre los tratamientos ante la enfermedad .....	336
Figura 55: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos sobre el rol de la familia ante la enfermedad</i> .....	336
Figura 56: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos sobre los pródromos de la enfermedad</i> .....	337

Figura 57: Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los <i>conocimientos sobre el curso de la enfermedad</i> .....	338
Figura 58: Comparación de las puntuaciones totales medias en cuanto al <i>conocimiento sobre la enfermedad</i> en cada uno de los grupos experimentales en la situación previa y post .....	345
Figura 59: Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del <i>apoyo social</i> al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la escala total .....	350
Figura 60: Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del <i>apoyo social</i> al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de apoyo emocional .....	351
Figura 61: Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del <i>apoyo social</i> al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de interacción social positiva .....	351
Figura 62: Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del <i>apoyo social</i> al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de apoyo instrumental .....	352
Figura 63: Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del <i>apoyo social</i> al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de apoyo afectivo .....	353
Figura 64: Trayectoria de la <i>cantidad de miembros de la red social</i> de los participantes del grupo tradicional expresada en puntuaciones medias entre el período de inicio hasta los nueve meses de tratamiento .....	355
Figura 65: Trayectoria del <i>apoyo social global</i> de los participantes del grupo tradicional expresada en puntuaciones medias del período de inicio hasta los nueve meses de tratamiento .....	356
Figura 66: Trayectoria de las <i>dimensiones del apoyo social</i> de los participantes del grupo tradicional expresada en puntuaciones medias el período de inicio hasta los nueve meses de tratamiento .....	356

Figura 67: Medias de la <i>red social de amigos y familiares</i> como componentes del apoyo social en el grupo online al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento.....	358
Figura 68: Medias de <i>apoyo global</i> como componentes del apoyo social en el grupo online al inicio y nueve meses después .....	359
Figura 69: Medias de <i>apoyo global</i> como componentes del apoyo social en el grupo online al inicio y nueve meses después .....	359
Figura 70: Tamaño de la <i>red social familiar y de amistades</i> expresado en medias del grupo control al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	361
Figura 71: <i>Apoyo social global</i> expresado en medias del grupo control .....	361
Figura 72: <i>Apoyo social global</i> expresado en medias del grupo control .....	362
Figura 73: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de <i>satisfacción global</i> de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	364
Figura 74: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión <i>información</i> de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	364
Figura 75: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión <i>competencia</i> de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	365
Figura 76: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión <i>accesibilidad</i> de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	366
Figura 77: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión <i>eficacia</i> de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	366

Figura 78: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión <i>implicación familiar</i> de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento.....	367
Figura 79: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de <i>síntomas somáticos</i> de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	373
Figura 80: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de <i>ansiedad e insomnio</i> de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	374
Figura 81: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de <i>disfunción social</i> de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	374
Figura 82: Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión sobre <i>depresión</i> de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	375
Figura 83: Medias ( $\bar{x}$ ) de las tres situaciones experimentales en <i>la GHQ-28 (total)</i> , resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento .....	376
Figura 84: Evolución del efecto del tratamiento tradicional desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la variable <i>salud general (GHQ-28)</i> .....	381
Figura 85: Evolución del efecto del tratamiento tradicional desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la escala total <i>GHQ-28</i> .....	382
Figura 86: Evolución del efecto del tratamiento online desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la puntuación del <i>GHQ-28</i> .....	383
Figura 87: Evolución del efecto del tratamiento online desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la escala <i>GHQ-28</i> .....	384

Figura 88: Comparación de las trayectorias de las medias intra-sujeto en la situación control en <i>las dimensiones de la escala GHQ-28</i> .....	385
Figura 89: Comparación de las trayectorias de las medias intra-sujeto en en la situación control en la escala total <i>GHQ-28</i> .....	386
Figura 90: Comparación de las trayectorias intra-sujeto en cada uno de los grupos experimentales en la escala total <i>GHQ-28</i> .....	387
Figura 91: <i>Expectativas y reacciones positivas</i> ante la propuesta de psicoED .....	390
Figura 92: <i>Expectativas negativas</i> como reacciones afectivas ante psicoED .....	391
Figura 93: <i>Dudas respecto al contacto interpersonal</i> como expectativas negativas.....	391
Figura 94: <i>Problemas con la tecnología</i> como expectativas negativas .....	392
Figura 95: El programa psicoED brinda un servicio cómodo como <i>experiencia satisfactoria</i> .....	394
Figura 96: psicoED facilita el acceso a los servicios ( <i>Experiencia satisfactoria</i> ) .....	394
Figura 97: El programa psicoED es útil como <i>experiencia satisfactoria</i> en el grupo online	396
Figura 98: El programa psicoED es un <i>recurso para el Servicio de Psiquiatría</i> .....	398
Figura 99: Opiniones en cuanto a la <i>usabilidad de psicoED</i> .....	399
Figura 100: <i>psicoED</i> como resultado <i>desarrolla un aprecio por la tecnología</i> .....	399
Figura 101: <i>psicoED</i> permite <i>valorar positivamente al terapeuta</i> como resultado de su utilización .....	400
Figura 102: Dificultades de <i>usabilidad</i> de la plataforma psicoED .....	402
Figura 103: <i>Dificultades</i> propias de la ciberterapia resultantes del uso de psicoED.....	404
Figura 104: <i>Dificultades en participar de los foros</i> como resultado de la utilización de psicoED .....	406
Figura 105: <i>Dependencia del terapeuta</i> como resultado en la utilización de psicoED.....	407
Figura 106: <i>Resultados</i> del programa psicoED .....	407



Figura 107: Elementos que se deben considerar y equilibrar al momento de desarrollar una  
intervención ciberterapéutica..... 446



## ***RESUMEN***

La Esquizofrenia es una enfermedad grave y prolongada entre cuyos tratamientos psicosociales efectivos se encuentra la psicoeducación. Este tratamiento involucra a la familia y mejorar la evolución de la enfermedad. Lamentablemente, el acceso a esta importante intervención se ve dificultada por la distancia, la disponibilidad de horario y el estigma al que se ven expuestos los familiares. Ante estas dificultades, las ciberterapias brindan la posibilidad de facilitar la provisión de acciones de salud mediante la atención a distancia ya que disminuyen la necesidad de traslado, posibilitan el acceso en un rango amplio de horarios y disminuyen la estigmatización.

La presente investigación pretende comparar una intervención psicoeducativa tradicional con una intervención mediante ciberterapia (*psicoED*) y un grupo control, en el marco del trabajo en el Servicio de Psiquiatría caracterizado por la ruralidad como el de la Provincia de Zamora. Junto con evaluar los resultados clínicos se indaga el proceso de implementación, de modo de orientar el establecimiento de intervenciones mediante nuevas tecnologías. Asimismo, se describen las características de usabilidad y aceptación de una plataforma específica como es *psicoED*.

Los resultados del proceso de implementación y desarrollo de la ciberterapia aportan gran detalle y orientación respecto a los diferentes aspectos que deben considerarse en futuras aplicaciones de ciberterapias en entorno clínicos reales. Los resultados indican que los efectos del tratamiento ciberterapéutico son mejores que la situación control y que, en algunos aspectos, incluso superan al tratamiento tradicional; un resultado fundamental que favorece la implementación de ciberterapias fue el que no se hallaron diferencias significativas entre los niveles de alianza en el tratamiento tradicional y el online. Junto con lo anterior los niveles de satisfacción con el tratamiento fueron alentadores. Finalmente, los resultados apuntan a la necesidad de realizar algunas mejoras a la plataforma *psicoED*, así como a la especial consideración que se debe realizar al tema de la usabilidad en este tipo de intervenciones.

El presente estudio concluye que las ciberterapias son una herramienta válida y efectiva para brindar psicoeducación a distancia y que, probablemente, los tratamientos ciberterapéuticos son una alternativa ante las dificultades de acceso.

**PALABRAS CLAVES:** Psicoeducación – ciberterapia – internet – esquizofrenia – familias – estudio empírico – focus group



## ***ABSTRACT***

Schizophrenia is an illness severe and prolonged between whose psychosocial treatments effective are psychoeducations. These treatments involve the family and are able to reduce relapse rates and improve the course of the disease. Unfortunately access to these important interventions is hampered by distance, availability of time and the stigma which families are exposed. Given these difficulties, the cybertherapies have the potential to facilitate the provision of health interventions through distance attention, decreasing the need for transport, providing access to a wide range of schedules and reducing stigma.

The present study compares a traditional psychoeducation with a cybertherapy (psychoED) and a control group, in a Psychiatry Department characterized by the rurality as the province of Zamora. Along with assessing clinical outcomes are investigated the implementation process. It also described the characteristics of usability and acceptance of a specific platform such as psychoED.

The results of the implementation and development of cybertherapy provide great detail guidance regarding various aspects to be considered in future applications of ciberterapias in real clinical environment. The results indicate that treatment effects of cybertherapy are better than the control situation and, in some respects even surpass the traditional treatment; a fundamental result that favors the implementation of cybertherapies is there was no significant difference was found between levels of alliance in traditional and online treatments. Together with the above the levels of satisfaction with treatment were encouraging. Finally, the results point to the need to make improvements to the platform psychoED, as well as the special consideration must be made of the usability in this type of intervention.

This study concludes that ciberterapias are valid and effective tool to provide distance psychoeducation and, probably, cybertherapies treatments are an alternative face to the difficulties of access.

**KEYWORDS:** Psychoeducation – cybertherapy – schizophrenia – families - empirical research – focus group



## ***SIGLAS Y ACRÓNIMOS***

**AEN:** Asociación Española de Neuropsiquiatría

**AIMC:** Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación

**APA:** American Psychological Association

**CEFI:** Cuestionario de Conocimientos sobre la Esquizofrenia de Fundación INTRAS

**CRPS:** Centro de Rehabilitación Psicosocial

**EE:** Emoción expresada o expresividad emocional

**INE:** Instituto Nacional de Estadísticas

**JCyL:** Junta de Castilla y León

**NAMI:** National Alliance for Mental Illness

**NICE:** National Institute of Clinical Excellence

**NHS:** National Health Service

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PEMGyP:** Personas con Enfermedades Mentales Graves y Prolongadas

**PIN:** Personal identification Number

**SPZ:** Servicio de Psiquiatría de Zamora

**TEPT:** Trastorno de Estrés Post-Traumático

**TIC o TICs:** Tecnologías de la Información y la Comunicación

**VSSS:** Verona Satisfaction Services Scale





## ***INTRODUCCIÓN***

La esquizofrenia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad mental grave y prolongada caracterizada por las dificultades del paciente en: diferenciar las experiencias reales e irreales, pensar de una manera lógica, tener respuestas emocionales normales ante los demás y comportarse adecuadamente en situaciones sociales (Organización Mundial de la Salud, 1994). Afecta alrededor del 1% de la población mundial y se encuentra entre una de las primeras diez causas de incapacidad en la población de entre 18 y 44 años de edad (Murray y López, 1997). A ello se suma el alto grado de estigma y discriminación que afecta tanto a pacientes como familiares (Leff, 1997), lo que dificulta su rehabilitación y reintegración.

Una de las intervenciones psicosociales efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia son las intervenciones psicoeducativas (Lieberman, Cardin, McGill, Falloon, y et al., 1987). Este tipo de intervenciones han demostrado favorecer la disminución de algunos efectos de la enfermedad tales como: recaídas, sintomatología, carga familiar, displacer, preocupación y emoción expresada. Asimismo, la psicoeducación se relaciona con una mejora en: el funcionamiento familiar, cumplimiento del tratamiento y empoderamiento (Dixon et al., 2004; Dixon et al., 2001; Muela-Martínez y Godoy-García, 2001; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000).

A pesar del fuerte sustento empírico con que cuentan las intervenciones psicoeducativas (Pharoah, Mari, Rathbone, y Wong, 2006), existe una serie de dificultades en su implementación y desarrollo, tanto de parte de los administradores de salud como desde los clínicos y familiares (Amenson y Liberman, 2001; Arcury et al., 2005; Higuera Romero, 2005; Magliano, Fiorillo, Malangone, De-Rosa, y Maj, 2006; McFarlane, Dixon, Lukens, y Lucksted, 2003).

Uno de los mayores desafíos que deben afrontar las intervenciones psicoeducativas es la dificultad en la participación de los familiares. Esta dificultad en la participación se relaciona con al menos tres circunstancias (Fadden, 1998; Kuipers, Leff, y Lam, 2004). **Primero**, los familiares deben destinar una gran cantidad de su tiempo a la intervención, tanto para la asistencia a las sesiones como para los traslados a los dispositivos donde éstas se realizan. Habitualmente, los familiares cumplen otros roles sociales junto al de cuidador (como el cuidado de otros familiares, el trabajo o la vida social); estas tareas dificultan la disponibilidad de tiempo para participar en tan importante tratamiento. **Segundo**, los familiares deben tolerar la estigmatización relacionada con tener un familiar con una enfermedad psiquiátrica y ser capaces de acudir a dispositivos en donde se hará visible esta condición; muchos familiares señalan que no desean asistir a tratamientos en donde puedan encontrarse con amigos o conocidos que identifiquen que tienen un pariente con una enfermedad mental. Y **Tercero**, los familiares deben superar los sentimientos de culpa asociados a suponer que han provocado de alguna manera la enfermedad y acudir sin miedo a ser juzgados. Este temor se hace presente al acudir a intervenciones en donde suponen se les pondrá en juicio; como suele suelen percibir a los tratamientos los familiares.

Así, el tiempo disponible, el estigma y la culpa se identifican como obstáculos para la participación de las familias en acciones psicoeducativas en enfermedades mentales. Todos estos problemas se hacen aún más importantes en zonas con alta población rural, donde las distancias son mayores; suelen existir también dificultades de movilización o transporte; y en donde la proximidad social disminuye los límites y la privacidad (Arcury et al., 2005; Benito-Sánchez, 2009; Hauenstein et al., 2006). De este modo, la participación en intervenciones psicoeducativas para familias rurales se hace altamente complicada.

Zamora es una provincia de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en España, que abarca unos 10.561 km<sup>2</sup> con una población de 195.665 según el Instituto Nacional de Estadísticas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010b). De las viviendas Zamoranas, alrededor de un 65% es considerada rural o intermedia (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010a). Esto

implica que la gran mayoría de los usuarios de los Servicios de Salud de la Provincia de Zamora deben trasladarse grandes distancias para satisfacer algunas de sus necesidades de Salud (Benito-Sánchez, 2009), lo que muchas veces se traduce en la imposibilidad de acceder a los servicios, impactando en la equidad y justicia necesaria en la prestación de servicios éticos de cuidados en salud (Ferrer, 2003).

Ante estas dificultades de acceso, las nuevas tecnologías han irrumpido como una alternativa viable y efectiva frente a los problemas de accesibilidad (Bischoff, Hollist, Smith, y Flack, 2004; Brown, 1998; Ermer, 1999; Glueckauf et al., 2005; Hilty, Yellowlees, y Nesbitt, 2006; Shepherd et al., 2006), existiendo en la actualidad algunas intervenciones con sustento empírico que han demostrado efectividad y hasta resultados similares a las intervenciones cara a cara, aunque aún suelen ser consideradas como experimentales (Soto-Pérez et al., 2010).

Particularmente, en el caso de la psicoeducación para familiares de personas con trastornos esquizofrénicos; Rotondi et al. (2005), desarrollaron una intervención basada en una página web con recursos de teleconferencia (Tanto para cuidadores como para pacientes); obteniendo buenos resultados a los tres meses de atención y con excelente aceptación de la tecnología. Más aún, existen evidencias de que las nuevas tecnologías aumentan la participación de personas que sufren dificultades estigmatizadas ya que potencian el anonimato y la intimidad, facilitando la sinceridad y la desinhibición en una relación terapéutica (Berger, Wagner, y Baker, 2005; Jones, Staples, Coker, y Harbach, 2004).

A partir de todo lo anterior, y considerando la necesidad de facilitar el acceso a una intervención fundamental en la rehabilitación de la esquizofrenia, se propone diseñar, desarrollar y evaluar la implementación de una intervención psicoeducativa a distancia en soporte web, orientada a familiares de personas con esquizofrenia. Uno de los desafíos de esta investigación es orientar su puesta en funcionamiento en zonas rurales. Así, el estudio que se pretende desarrollar no sólo valorará los diferentes aspectos de un programa de psicoeducación en esquizofrenia mediante ciberterapia, sino que también aportará en la implementación, desarrollo y resultados de intervenciones online en general.

Para lograr estos objetivos se pretende: describir el proceso de implementación de una ciberterapia; determinar las expectativas que genera una intervención online en comparación con un tratamiento tradicional; comparar la alianza de trabajo que se produce en un contexto tradicional y uno cara a cara; y comparar los efectos de una intervención psicoeducativa

tradicional con una online y la no-intervención en aspectos tales como: Satisfacción con el Servicio de Psiquiatría; Salud General; Conocimiento sobre la Esquizofrenia; y Apoyo Social.

## ***I. UNA APROXIMACIÓN A LA ESQUIZOFRENIA Y SUS TRATAMIENTOS PSICOEDUCATIVOS***

Como se ha mencionado en la introducción la esquizofrenia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad mental grave y prolongada caracterizada por las dificultades del paciente en: diferenciar las experiencias reales e irreales, pensar de una manera lógica, tener respuestas emocionales normales ante los demás y comportarse adecuadamente en situaciones sociales (Organización Mundial de la Salud, 1994). Su diagnóstico y, sobre todo, por su tratamiento es bastante complejo y sus consecuencias pueden ser muy severas no sólo para el enfermo sino que también para su familia.

A continuación se desarrollará un marco de referencia respecto a los tratamientos psicoeducativos familiares en esquizofrenia; este trabajo fue iniciado en el Trabajo de Grado titulado *“Hacia una aplicación mediante e-terapias del tratamiento psicoeducativo familiar en esquizofrenia”* (Soto-Pérez, 2008).

Para introducir este tema principal del presente estudio se comienza con una breve síntesis respecto a la esquizofrenia y el modelo de tratamiento que actualmente guía las intervenciones en este cuadro: el modelo de recuperación o *“Recovery”*. Junto a lo anterior, se menciona el modelo explicativo de la enfermedad denominada la *Teoría de Vulnerabilidad al Estrés*. Finalmente, la introducción aborda la rehabilitación psicosocial, categoría en donde se

inscriben la psicoeducaciones familiares. A continuación de la rehabilitación psicosocial se aborda en extenso los modelos psicoeducativos familiares en esquizofrenia.

En cuanto a los tratamientos que suelen ser eficaces para afrontar la esquizofrenia, actualmente se sostiene que el modelo terapéutico debe estar orientado a la recuperación (*Recovery*) cuyo objetivo es que la persona con esquizofrenia sea autónoma y tenga una calidad de vida que le permita alcanzar una vida plena, digna y segura en la comunidad; aunque sea con la toma de medicación y algunas limitaciones (Davidson, Chinman, Sells, y Rowe, 2006; Rodríguez-Pulido, 2010a). En definitiva, actualmente se ha superado el modelo de enfermedad para adoptar un modelo de discapacidad en el afrontamiento de la esquizofrenia (Rodríguez-Pulido, 2010b). Las consecuencias de este cambio de paradigma supone la incorporación de apoyos socio-sanitarios en el afrontamiento de esta condición de discapacidad psiquiátrica y que resulten en la integración social y laboral (Rodríguez-Pulido, 2011; Rodríguez-Pulido, García-Ramírez, y Rodríguez-Díaz, 2004).

De esta manera, es posible decir que el tratamiento actual dirigido a los pacientes con esquizofrenia busca que éstos alcancen un nivel de autonomía suficiente para poder realizar las actividades de la vida diaria con la mínima supervisión; tener un funcionamiento personal y social adecuado y alcanzar interacciones sociales satisfactorias. En este sentido, se busca que los usuarios recuperen la dignidad y los derechos que le son propios en su condición de persona (Davidson et al., 2006; Kane y Malhotra, 2003). En consecuencia, actualmente se acepta que el tratamiento ideal de la persona con esquizofrenia sea el que busque la **recuperación**, aspirando más a la restauración de funciones que a su estabilización; y en el que la reducción de síntomas y su mantención sea sólo un aspecto inicial de la recuperación (Davidson et al., 2006; van Os et al., 2006). Así, para lograr esta recuperación, se aconsejan tratamientos multidimensionales y con múltiples componentes (Davidson et al., 2006), en donde lo psicofarmacológico y lo psicosocial tiene una importancia equivalente y ajustada de acuerdo al momento evolutivo de la enfermedad.

Los objetivos fundamentales de un plan de tratamiento para pacientes con esquizofrenia se pueden resumir en tres: a) reducir o eliminar los síntomas; b) maximizar la calidad de vida y la adaptación funcional; y c) proponer la mantención de la recuperación por el máximo tiempo posible. Por lo cual, es imprescindible la combinación de tratamiento farmacológico, psicosocial, el diagnóstico precoz y entender la enfermedad como un proceso y no como un evento en el tiempo (APA, 2004).

Un tratamiento para la esquizofrenia puede incluir una hospitalización, tratamientos biológicos como la medicación o la terapia electro-convulsiva; pero al mismo tiempo y desde un inicio (APA, 2004), debe incluir intervenciones psicosociales sobre todo cuando se trata de casos de mayor complejidad y gravedad (Linden, Pyrkosch, y Hundemer, 2008). Al modelo de tratamientos que incluye intervenciones psicológicas y sociales, e indicado para personas con enfermedades mentales graves y prolongadas (PEMGyP), se les llama *Rehabilitación Psico-Social* o *Rehabilitación Psiquiátrica* (Chinchilla-Moreno, 2007; Junta de Castilla y León, 2003; Liberman, 1993).

Este modelo terapéutico de la rehabilitación psicosocial surge de la des-institucionalización, al intentar que las personas enfermas permanezcan en la comunidad. Este modelo ha demostrado efectos en el funcionamiento social de las personas enfermas de esquizofrenia (Andreasen et al., 2005), lo que se relaciona con mejor integración social. La Rehabilitación Psicosocial ayuda a los usuarios y sus familias a convivir con la enfermedad; prevenir las recaídas; ajustar modos de funcionamiento contraproducentes; potenciar aquellos comportamientos que son favorables a la reintegración en la comunidad y a recobrar el funcionamiento socio-laboral y de ocio (Kane y Malhotra, 2003; Rodríguez, 1997; Schooler, 2006).

Las intervenciones psicosociales son una práctica compleja que implican múltiples campos de intervención. Van desde el diagnóstico psiquiátrico a los programas de soporte comunitario, y pueden dividirse en tres grandes grupos: a) Las que buscan primariamente apoyo o educación; b) Las que proporcionan entrenamiento en habilidades específicas; c) Y las que se focalizan en síntomas o problema (Gunatilake, Ananth, Parameswaran, Brown, y Silva, 2004; National Health Service: Centre for Reviews and Dissemination, 2000; Rudnick, 2005; Xia, Merinder, y Belgamwar, 2011).

El tratamiento psicosocial se adhiere al modelo etiológico de la vulnerabilidad al estrés de (Zubin y Spring, 1977), y las acciones específicas que han sido más eficaces son: a) El entrenamiento en habilidades sociales; b) Programas de entrenamiento cognitivo para remediar los déficits neuro-cognitivos; c) Psicoeducación; d) Intervenciones orientadas a reforzar la capacidad de afrontamiento con los pacientes y sus familias; e) Y la terapia cognitivo-conductual para síntomas residuales (Brenner y Pfammatter, 2000; Liberman, Korpelowicz, y Young, 1994; Liberman y Silbert, 2005).

En todo caso, la rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas. Es una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con trastornos psiquiátricos a largo plazo, intentando brindar un tratamiento u apoyo integral (Watts y Bennett, 1983), incluyendo la intervención del entorno, no solamente próximo, como sería el familiar, sino también el entorno comunitario y social (Oliver, 1991). Desde este punto de vista, la *Rehabilitación Psicosocial* incluye acciones socio-terapéuticas que fomentan la integración de las PEMGyP en la comunidad, siendo un objetivo fundamental la integración en la sociedad.

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), los objetivos fundamentales de la rehabilitación psicosocial serían: a) Mejorar la calidad de vida; b) Favorecer la autonomía; c) Potenciar habilidades; d) Desarrollar aprendizajes necesarios e) E implementar los apoyos ambientales precisos (AEN, 2002). De este modo, se espera lograr una disminución de la vulnerabilidad de la persona enferma; potenciar sus habilidades para manejarse autónomamente; mejorar las habilidades y funcionamiento social; disminuir la dependencia de otras personas y favorecer la reinserción social y laboral (AEN, 2002). Lo anterior apunta a que los usuarios consigan una mejora en el nivel general de funcionamiento psicológico y social, en la calidad de vida y un mejor cumplimiento con los tratamientos prescritos. Estos objetivos de la rehabilitación psicosocial son señalados en el Tabla 1.

**Tabla 1:** Objetivos de la Intervención psicosocial

- 
1. Mejorar la capacidad de la persona para funcionar autónomamente en la sociedad, rehabilitando habilidades y funciones
  2. Garantizar cobertura a las necesidades de subsistencia de forma continua y cercana
  3. Promover la participación e integración social, previniendo la exclusión
  4. Reducir el impacto de la enfermedad en la persona
  5. Reducir el malestar asociado a síntomas que no ceden con la medicación
  6. Colaborar con la familia intentando reducir el impacto de la enfermedad en ella
  7. Asesorar y colaborar con aquellas asociaciones públicas o privadas sanitarias, culturales o formativas que pueden estar implicadas en el proceso de rehabilitación y/o integración de PEMGyP
- 

La rehabilitación psicosocial considera: a) El entrenamiento en habilidades; b) Intervención familiar; c) Terapia cognitivo conductual para síntomas residuales; d) Psicoeducación; e) Rehabilitación cognitiva; f) Integración socio-laboral (Lieberman y Kopelowicz, 2005; Lieberman y Silbert, 2005). De este modo, el tratamiento incluye módulos y actividades que van enfocadas tanto a brindar información al paciente y su familia; así como a rehabilitar funciones cognitivas, habilidades sociales y laborales. Todo ello junto con proporcionar espacios de compañía y apoyo emocional, incluyendo intervenciones enfocadas a evaluar el rendimiento



cognoscitivo, así como aspectos psicológicos que pueden afectar la buena evolución de la enfermedad.

Este tipo de intervenciones, complementadas con la terapia farmacológica, logran reducir, al menos, a la mitad la tasa de recaídas en comparación con la que resultan de aplicar solamente la terapia farmacológica (Chinchilla-Moreno, 2000; De las Cuevas y Gonzáles de Ribera, 1993; Medalia y Richardson, 2005). Eso sí, el empleo de una terapéutica psicosocial implica una re-configuración de los dispositivos de salud de modo que se ajusten a los planteamientos comunitarios, cercanos, abiertos y centrados en las necesidades de los usuarios. (Lieberman, Kopelowicz, Ventura, y Gutkind, 2002; Resnick, Rosenheck, y Lehman, 2004). Es decir, la *Rehabilitación Psicosocial* no sólo se refiere a un modelo de tratamientos; sino que también debiese reflejar un modelo de organización de servicios así como una forma de relación para con los usuarios y sus familias.

Como se ha mencionado, uno de los objetivos de la *Rehabilitación Psicosocial* es el colaborar con la familia. La expresión concreta de esta intención de colaboración se traduce en la *Intervenciones Familiares Psicoeducativas* que se describen a continuación.

### ***Los modelos psicoeducativos familiares en esquizofrenia***

Dentro de las intervenciones de rehabilitación psicosocial, como tratamientos no-farmacológicos que han sido validados para la recuperación de la esquizofrenia, se encuentra la psicoeducación (Lieberman, Cardin, McGill, Falloon, y et al., 1987). Estas estrategias han demostrado un gran impacto en la disminución de: recaídas, sintomatología, carga familiar, displacer, preocupación y la emoción expresada (Fiorillo, Bassi, de Girolamo, Catapano, y Romeo, 2010; Hurtado, Rogers, Alcoverro, y López-Patón, 2008; Kim y Mueser, 2011). Asimismo, esta intervención se relaciona con un mejor: funcionamiento familiar, cumplimiento del tratamiento y empoderamiento (Dixon et al., 2004; Dixon et al., 2001; Hahlweg y Wiedemann, 1999; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000). Incluso, la intervención psicoeducativa ha demostrado ser efectiva transculturalmente y de forma universal (Chan, Yip, Tso, Cheng, y Tam, 2009; Koolae y Etemadi, 2010); por lo que se deben tener en consideración elementos culturales al momento de aplicarla en grupos minoritarios o inmigrantes.

La psicoeducación familiar puede ser definida como la intervención en donde se busca apoyar a la familia en la convivencia con un miembro con enfermedad mental, intentando mejorar la evolución y la calidad de vida. Desde el punto de vista del usuario, la psicoeducación pretende favorecer la comprensión por parte de los familiares de modo que puedan apoyar el bienestar y la recuperación del pariente enfermo. Como señala Llorca-Ramón (2010), es una tarea fundamental en enfermedades prolongadas, el que tanto enfermo como familia sepan afrontar las múltiples consecuencias de la enfermedad y que el entorno profesional sepa acompañar estas ramificaciones que genera la enfermedad originaria.

A pesar del fuerte sustento empírico con que cuentan las intervenciones psicoeducativas, incluidos algunos meta-análisis (Lincoln, Wilhelm, y Nestoriuc, 2007; Pharoah, Mari, Rathbone, y Wong, 2006; Xia et al., 2011); existen una serie de dificultades en su implementación y desarrollo, tanto de parte de los administradores de salud como desde los clínicos y familiares (Amenson y Liberman, 2001; Higuera Romero, 2005; Magliano, Fiorillo, Malangone, De-Rosa, y Maj, 2006; McFarlane, Dixon, Lukens, y Lucksted, 2003).

Estas dificultades se relacionan con escasos profesionales capacitados para desarrollar un modelo de psicoeducación; poca consciencia por parte de los administradores de salud en cuanto a la importancia de este tipo de acciones; organizaciones y estructuras psiquiátricas que funcionan y promulgan un modelo médico y “*biologicista*”<sup>1</sup> en donde la psicoeducación pasa a ser una acción terciaria. Y, finalmente, las dificultades se traducen en familias poco interesadas en asistir y participar en instancias de este tipo.

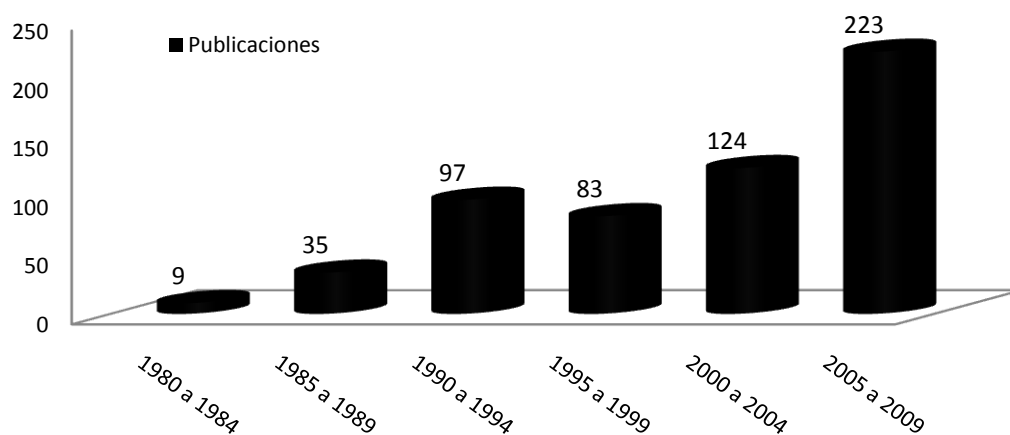
Si bien existen dificultades y poco conocimiento respecto a la psicoeducación; el desarrollo investigativo en el área ha sido abundante. Para conocer la evolución y características de las publicaciones respecto a la psicoeducación familiar en esquizofrenia se realizó una búsqueda bibliográfica en los índices *Medline*, *Psycinfo*, *Pubmed*, *Csic*, *Teseo* y *Dissertations and Theses*. En esta búsqueda se ingresaron los términos *schizophren\**, *psychoeducation\**, *famil\** y *relativ\** y sus traducciones al español según la bases de datos utilizadas. Esta simple búsqueda arrojó un total de 477 registros. Estos fueron analizados utilizando el gestor bibliográfico *EndNote*.

---

<sup>1</sup> El “*paradigma biologicista*”, concibe una visión positivista del mundo y surge como resultado de diversos descubrimientos científicos en esferas de la biología, en un contexto histórico en el cual la Medicina surge como opción frente a la Religión. Actualmente los modelos de aproximación a la enfermedad son multidimensionales y muti-causales e incorporan componente biológicos, psicológicos y sociales (Aguirre del Busto et al., 2005).

A continuación en la Figura 1, se grafica la evolución de las publicaciones en los últimos 28 años, agrupando las publicaciones cada 5 años.

**Figura 1:** Evolución de las publicaciones sobre psicoeducación



Como se puede observar desde la década de los 90 las publicaciones dan un salto de casi un 200% y se espera que durante el último lustro lleguen a doblar la producción que se publicó entre los años 2000 a 2004; es decir que aumenten en un 100%.

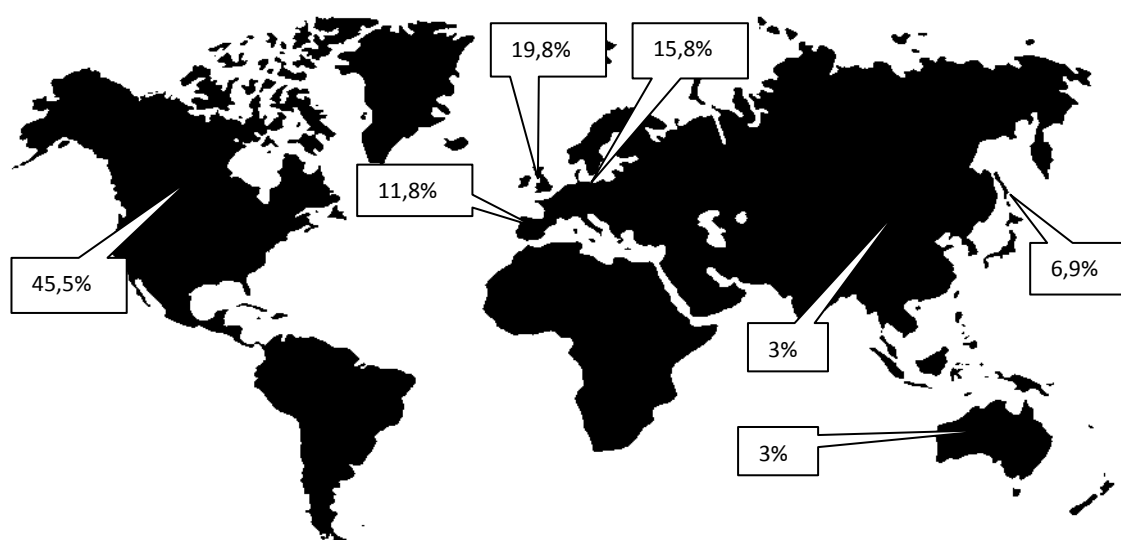
A continuación, en la Figura 2, se han identificado los lugares de publicación. Interpretando esta Figura se observa un predominio de las publicaciones estadounidenses, seguidas por las europeas, particularmente las inglesas, alemanas y españolas. Por otro lado existe un incipiente desarrollo en Asia, particularmente en Japón, seguido por China y Turquía.

Cabe destacar que también se hallaron publicaciones en Australia, Italia o Francia junto a otros lugares (16,8%); siendo el predominio, claramente, de bibliografía en habla inglesa. Incluso, se debe señalar que el 50% de artículos de autores españoles fueron realizados en publicaciones de habla inglesa. Lo anterior no solo se relaciona con el predominio del inglés como lengua científica, sino también con que los modelos fundacionales de la psicoeducación fueron desarrollados en relación a la des-institucionalización psiquiátrica en Estados Unidos e Inglaterra. Asimismo, la consideración de la familia y los derechos de las personas son movimientos socio-culturales que se relacionan con los efectos de la post-guerra en estas sociedades, y que orientan su visión respecto a la enfermedad.

Finalmente, para graficar la producción científica respecto a la psicoeducación familiar, se realizó una breve exploración respecto a las palabras claves que han reportado estas 477 publicaciones durante los últimos 28 años (Figura 3)

Un primer paso fue descartar los temas generales e inespecíficos como *esquizofrenia*, *psicoeducación* u *edad*, entre otros. Posterior a ello, se puede observar que una gran porción de los estudios se refiere a metodologías de trabajo, otras se centran en el apoyo social así como en los resultados del tratamiento. Asimismo, muchos esfuerzos se han orientado a difundir los efectos de la psicoeducación familiar en la recurrencia y los costos de la enfermedad. Otros temas abordados son la calidad de vida, el cumplimiento del tratamiento, las conductas de afrontamiento y la identificación de escalas de medidas.

Figura 2: Origen de las publicaciones sobre psicoeducación

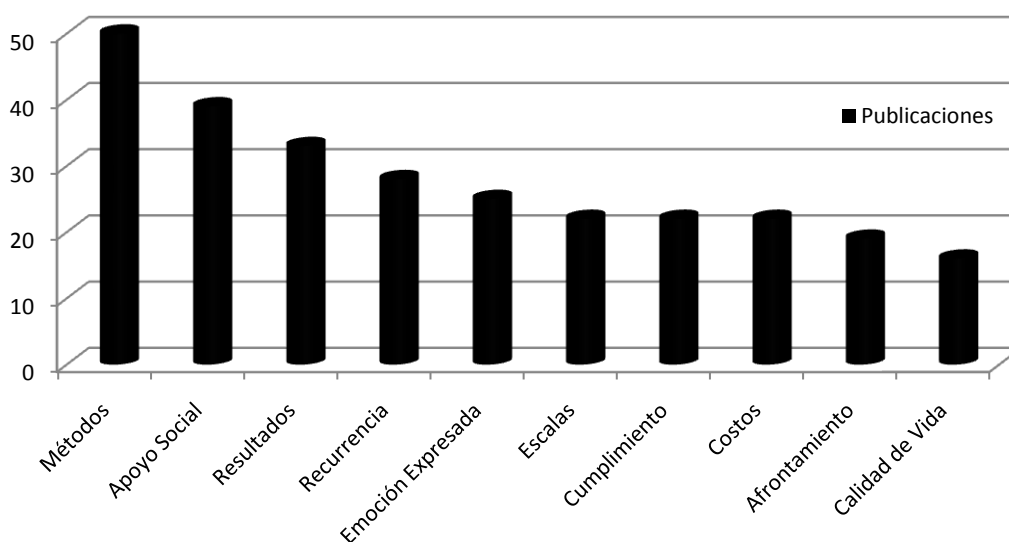


Todo el anterior trabajo biblio-métrico permite señalar que la psicoeducación es un modelo teórico-técnico con fundamento empírico que surge previo a 1980 y que cada 10 años redobra su productividad científica, lo que demuestra su importancia e interés investigativo.

Como se ha mencionado, una de las dificultades en la implantación de modelos psicoeducativos, es el desconocimiento que los profesionales tienen del mismo. Por ejemplo, se suele hablar de que existiría “una” psicoeducación, o que la intervención se refiere únicamente a la educación o instrucción de las familias. A lo largo de la lectura del texto podrá revelarse que existe una gran variedad de modelos psicoeducativos (incluso con principios en

oposición); y que la psicoeducación es mucho más que la mera entrega información, en donde el componente instructivo es sólo un componente más del modelo psicoeducativo.

**Figura 3:** Algunos contenidos habituales hallados en las publicaciones sobre psicoeducación



Para comprender la psicoeducación familiar en esquizofrenia primero se abordarán sus cimientos históricos para, a continuación, desarrollar los principios que la guían<sup>2</sup>; ello permitirá tener una visión general de la filosofía que sustenta la intervención. Posterior a ellos se abordarán los métodos y áreas en las que se han valorado sus resultados para continuar resumiendo los principales modelos psicoeducativos que existen. Una vez señalados los modelos psicoeducativos publicados se desarrollará una breve comparación entre ellos para facilitar su comprensión. Esta revisión sobre la psicoeducación concluye abordando los principales resultados que ha reportado la intervención, los que la han transformado en una de los tratamientos psicosociales más importantes al momento de abordar la esquizofrenia. Para cerrar el presente capítulo se realiza una breve orientación sobre alguna de las áreas de investigación futuras.

<sup>2</sup> En este caso, se mencionan los principios que promueven y guían el presente trabajo de investigación. Las psicoeducaciones cuentan con múltiples aproximaciones, que incluso pueden contradecirse desde un modelo a otro. Por ejemplo, hay modelos que no favorecen la participación del usuario; mientras que hay otros que lo promueven.

## ***Antecedentes históricos del modelo psicoeducativo***

Para comprender las intervenciones psicoeducativas, es necesario conocer el desarrollo histórico de este tipo de tratamientos. El conocer los orígenes de un modelo psicoterapéutico puede favorecer el entendimiento del espíritu profundo de una intervención, de modo orientar las acciones que deben desarrollarse a lo largo de su implementación. Lo anterior facilitará su aplicación, especialmente, en un modelo que exige un compromiso real con sus creencias, supuestos y principios (Anderson, Hogarty, y Reiss, 1980). Este compromiso puede llegar a tal nivel que, desde el punto de vista de estos autores, para desarrollar una terapia psicoeducativa, se debe tener una filosofía de trabajo y de servicios que promuevan la incorporación de las familias como parte del equipo de salud.

En este escenario, se revisarán brevemente los elementos histórico-culturales, y a continuación se desarrollarán aquellos planteamientos conceptuales propios de la salud mental, los cuales son resumidos, más adelante, en el Tabla 2. Todo este trabajo de revisión de antecedentes tiene una profunda utilidad; ya que al conocer los fundamentos de la psicoeducación, se orienta y facilita la toma de decisiones, sobre todo frente a aquellas importantes y cotidianas situaciones que no suelen estar incluidas en los manuales u orientaciones técnicas. Suele suceder que las decisiones que se toman en estos pequeños grandes detalles de una intervención psicoterapéuticas son las que promueven o dificultan el éxito de la misma.

En el origen de la psicoeducación se encuentran los movimientos humanistas y comunitarios, surgidos al término de la segunda guerra mundial. Estos movimientos se caracterizaron por los cuestionamientos que planteaban a la filosofía de vida imperante. Entre otras cosas proclamaban una “*humanización*” del estilo de vida, sobre todo de los desfavorecidos, promoviendo una preocupación especial por los enfermos psiquiátricos. Es así como comienzan a desarrollarse, por ejemplo, modelos de Salud Mental Comunitaria, Psiquiatría Comunitaria, Psicología Comunitaria y hasta Anti-psiquiatría (Montero, 2003; Sánchez-Vidal, 2007). Este origen humanista de la psicoeducación aún se percibe en la relación que se establece con las familias, vínculo que se caracteriza por la cooperación, la transparencia y la simetría, con especial respeto por la condición de enfermo y la situación del cuidador.

Uno de los efectos concretos y un proceso fundamental que conllevó la psiquiatría comunitaria fue la des-institucionalización de los enfermos psiquiátricos. Este proceso hizo que las instituciones dejaran de hacerse cargo de la persona enferma para traspasar algunas responsabilidades a las familias y al entorno comunitario (Goldstein y Miklowitz, 1995; Rodríguez-Pulido, 2010a).

**Tabla 2:** Eventos históricos en el desarrollo de la psicoeducación

- 
- Segunda Guerra Mundial
  - Movimientos filosóficos humanistas
  - Surgimiento de los Movimientos Comunitarios en Salud Mental
  - Proceso de des-institucionalización de los enfermos psiquiátricos
  - Desarrollo de Terapias Familiares
  - Aparición de los psicofármacos, posterior determinación y desencanto con sus reales efectos
  - Agrupación y organización de los familiares en asociaciones
  - Cambios en la relación entre profesionales, familias, cuidadores y pacientes
  - Cambios y desarrollo de las teorías explicativas respecto a la esquizofrenia, generando modelos complejos bio-psico-sociales
  - Exigencias respecto a la utilización de modelos de intervención con sustento empírico
  - Publicación de la Teoría de la Vulnerabilidad y Estrés
  - Publicación de los estudios respecto a Emoción Expresada\*
  - Consideración e incorporación de los métodos espontáneos de afrontamiento desarrollados por las familias cuidadoras a la intervención clínica sustentada
  - Surgimiento de nuevos modelos de intervención psicológica
  - Investigación, implementación y especificación de las intervenciones psicoeducativas
- 

\*: El concepto de Emoción Expresada (*expressed emotion o expresividad emocional*), fue descrito por Brown, Birley y Wing (1972), y posteriormente desarrollado por Vaughn y Leff (1976). Hace referencia al clima emocional que rodea a una persona enferma. Este clima es descrito según el grado de criticismo, hostilidad y sobre-implicación. En un principio, la emoción expresada, se le relacionaba solamente con la familia; pero en la actualidad se utiliza para referirse también al clima emocional que desarrollan los profesionales en la relación con los usuarios. Una revisión al respecto puede consultarse en Becerra- García (2008; Rodríguez Pulido, 2010a)

Este traspaso de la responsabilidad para con los cuidadores generó un cambio en la relación entre las familias y los profesionales: la familia pasó a ser un importante recurso terapéutico (Rodríguez-Pulido, 2010b; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000), dejando de lado el manejo custodial característico hasta la década de 1950 (McFarlane, 2002).

En ese momento, se habían desarrollado los primeros modelos de intervención familiar pero en ellos se asumía que la enfermedad psiquiátrica emergía desde una relación familiar patológica. Esta “culpabilización” de la familia llevaba a que los terapeutas evitaran la intromisión familiar y hasta el contacto entre familia y enfermo (McFarlane, 2002). Es decir, se excluía a la familia del tratamiento ya que ella contenía y transmitía la patogénesis de la enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento consideraba el alejamiento del enfermo de este ambiente patógeno. De esta forma se justificaba el internamiento, muchas veces perpetuo, de las personas con enfermedades mentales.

Así, se atribuía a la dinámica familiar y particularmente a la madre como cuidadora principal, la etiología de esta psicosis<sup>3</sup>, lo cual se aprecia, por ejemplo, en la teoría del Doble Vínculo desarrollada en esos años (Bateson et al., 1956).

En este sentido, incluso algunos autores como Torrey (2006), afirman que la *emoción expresada*, tan asumida en la actualidad, no es más que el “...hijo bastardo...” de este tipo de aproximación a la enfermedad. Torrey sostiene que incluso la psicoeducación y el concepto de emoción expresada es una forma de continuar culpabilizando a la familia, ya no como causante de la enfermedad sino acusándole del curso y evolución que siga la patología.

En consecuencia, implica que la visión de la enfermedad desde el punto de vista familiar ha sufrido cambios radicales, algunos de los cuales no han sido completamente aceptados. Pero, desde el punto de vista de la psicoeducación la terapia familiar es un antecedente importante al implicar a la familia como un elemento a considerar (Johnson, 2003).

Volviendo al proceso de des-institucionalización psiquiátrica, entre las décadas de 1960 y 1970, principalmente en Estados Unidos e Inglaterra, se produce un rápido desplazamiento de los enfermos desde los asilos psiquiátricos hacia la comunidad. Lamentablemente, los conocimientos disponibles; la organización de la atención; y los servicios provistos eran inadecuados para brindar los cuidados apropiados. En la comunidad, este traspaso de responsabilidades y de estilo de trabajo, en donde las instituciones asilares-totales dejan de satisfacer todas las necesidades, lleva a que las familias y, en segundo plano la comunidad; deban proporcionar muchos de los cuidados requeridos (McFarlane, 2002; McFarlane et al., 2003).

Un ejemplo extremo de lo anterior se produjo en la ciudad italiana de Roma. Allí, la desinstitucionalización se realizó literalmente de un día a otro. Este violento proceso llevó a que la estación de trenes de la ciudad (*Termini*), se transformara en el nuevo lugar de alojamiento para los usuarios des-intitucionalizados (Dovenna, 2009). El asilo psiquiátrico de Roma dejó de existir, pero la comunidad no estaba preparada para acoger y apoyar las necesidades de los usuarios.

---

<sup>3</sup> Algunos artículos señalados en la bibliografía adjunta profundizan sobre estas teorías originarias (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956; Fromm-Reichmann, 1948; Kasinin, Knight, y Sage, 1934; Levy, 1931; Tietz, 1949). Todas estas publicaciones ejercieron gran influencia en los tratamientos y la forma en que se consideraba a la familia por parte de la salud mental, a pesar de su escaso sustento empírico. Se debe considerar, eso sí, que en dicho momento histórico del conocimiento de la salud mental, los métodos de investigación recién comenzaban a complejizarse.



Bajo estas circunstancias, las familias comienzan a desarrollar espontáneamente, diversos modos de afrontamiento para el manejo de la enfermedad. Fueron los familiares quienes, intuitivamente, implementaron técnicas y estilos de relación para hacerse cargo del pariente enfermo (McFarlane et al., 2003), y que posteriormente fueron validados mediante estudios empíricos, y actualmente forman parte de las acciones habituales en el manejo de la esquizofrenia que se recomiendan en la literatura científica (Kuipers, Leff, y Lam, 2004). Desde este punto de vista la psicoeducación surge desde la propia experiencia de los cuidadores.

El nuevo rol impuesto a la familia fue, por un lado, el caldo de cultivo para la organización de los familiares en agrupaciones que exigían mayores y mejores cuidados. Por otro, el rol de cuidados, volvió el interés de los investigadores por estudiar los efectos de la familia en el estado de los enfermos.

Como se ha señalado, hasta ese momento la familia era calificada como causante de la enfermedad. A ello se le sumaría a continuación el de cuidadora, pero manteniendo el de culpable. Sin embargo, pronto se produjo un giro desde la responsabilidad etio-patogénica de la familia para transformarse en la proveedora de cuidados fundamentales en la rehabilitación del enfermo. Estos cuidados debían ser orientados para que concluyeran en una mejor evolución y mayor bienestar. Es decir, la familia ya no era causante de la enfermedad sino responsable de su evolución (Read et al., 2006). Así, la familia pasa de ser culpable a ser proveedora de servicios y determinar la evolución de la enfermedad.

En este desarrollo histórico de los modelos psicoeducativos, se debe incluir la aparición de los anti-psicóticos. El uso de fármacos efectivos, que moderan las expresiones psicopatológicas agudas y disruptivas, allana el campo para vislumbrar una posibilidad de rehabilitación. Por sobre todo, los neurolépticos logran disminuir la sintomatología positiva de la enfermedad<sup>4</sup>, lo que posibilita la intervención psicosocial. Aunque serían las acciones psicosociales las que

---

<sup>4</sup> Una de las clasificaciones de la sintomatología de la esquizofrenia es aquella que agrupa los síntomas en positivos y negativos. Esta clasificación hace referencia a que la enfermedad suma (sintomatología positiva o (+)) o resta (sintomatología negativa o (-)). La sintomatología positiva hace referencia a comportamientos que se “*agregan*” con la enfermedad; que antes de la enfermedad no existían. Ejemplos de síntomas positivos son los delirios y alucinaciones (Un usuario *antes no hablaba incoherencias sobre poderes telepáticos y ahora sí*). Por el contrario, la sintomatología negativa hace referencia a aquellos comportamientos que desaparecen con la enfermedad; que estaban presentes y que con la enfermedad se dejan de realizar; tales como la iniciativa, la capacidad de disfrute, el pensamiento abstracto o la capacidad de vincularse interpersonalmente: Una usuaria *antes salía con sus amistades y ahora pasa el día en casa casi sin hablar*. Mayores referencias pueden hallarse la bibliografía del presente estudio (Carpenter y Buchanan, 1994; Crow, 1980).

tendrían mayor efecto sobre la integración social y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

En definitiva, el tratamiento debe ser integrado y contener tanto acciones biológicas (como los fármacos) y psicosociales (como la psicoeducación); las enfermedades mentales requieren tratamientos mucho más complejos e integrales que la simple toma de medicación.

Sin embargo, la relación con los fármacos no fue totalmente ideal, ya que, mientras en un inicio se consideraron la panacea, pasado un tiempo surgió un desencanto con su eficacia como tratamiento único y definitivo para la esquizofrenia (Lieberman, 1993). Asimismo, durante la década de 1970 se desarrollaron diversos estudios que revelaron que entre un 35% a un 40% de las recaídas no son explicadas sólo por incumplimiento en el tratamiento (Anderson, Reiss, y Hogarty, 1988; Hogarty y Anderson, 1986). Por lo tanto, lo que se pensaba que iba a solucionar el problema de la esquizofrenia sólo planteaba mayores y más complejos desafíos.

En este inicio histórico de la psicoeducación, tampoco se deben dejar de lado el desarrollo de modelos etiológicos neurobiológicos y genéticos sobre los trastornos psiquiátricos graves (Goldstein y Miklowitz, 1995). Estos modelos, gracias a que se representan en sus gráficas la complejidad del trastorno, permiten la implicación de intervenciones psicosociales en su afrontamiento (Arévalo-Ferrera, 1990), posibilitando el camino para una comprensión bio-psico-social de la esquizofrenia (Hogarty y Anderson, 1986; Zubin y Spring, 1977).

Poco a poco comienzan a desarrollarse una serie de líneas de investigación en donde la familia ocupa un lugar de interés central. Así, en la década de 1970 aparece en la literatura el concepto de "*emoción expresada*" producto de las investigaciones que comienzan en Inglaterra Brown y su equipo (1972). Esta emoción expresada surge desde la observación clínica de la atmósfera familiar de algunas personas con esquizofrenia, la cual se caracterizaba por: sobre-estimulación, dominio, sobreprotección, rechazo, criticismo y mensajes contradictorios. A continuación, los estudios asociaron la emoción expresada con una exacerbación sintomática y recaídas (Leff y Vaughn, 1985), ya que este tipo de vinculación se traduce en una importante fuente de estrés para la persona enferma.

Cabe señalar que, en un principio, los familiares consideraron a la emoción expresada como otra forma de arrogancia, paternalismo y "*culpabilización*" de la élite profesional; que sólo llevaba a desviar la atención sobre la falta de recursos para los estudios biológicos y dispositivos sanitarios, manteniendo el estigma sobre la familia (MacMillan, Gold, Crow, y Johnston, 1986; Mintz, Neuchterkein, Goldstein, Mintz, y Snyder, 1989). Estas críticas tienen

un fuerte impacto en exigir intervenciones con respaldo empírico y algunos autores, como Torrey (2006), las mantienen hasta ahora.

Por otro lado, surge la teoría de la vulnerabilidad y estrés (Zubin y Spring, 1977), que establece un modelo explicativo en donde se relaciona a agentes estresantes con organismos que presentan alguna vulnerabilidad, ya sea genética, neurobiológica o cognitiva. Así, cuando una persona vulnerable (cuya tolerancia al estrés es inadecuada frente a la exposición excesiva de estimulación tanto interna como externa), se expone a eventos estresantes, tiende a desarrollar un primer o recurrente episodio psicótico, siendo lo “*prolongado*”<sup>5</sup> la vulnerabilidad.

Obviamente, existen algunos detractores de todos los desarrollos presentados. Por ejemplo Torrey (2006), rechaza el concepto de “*emoción expresada*”, así como la influencia del estrés, señalando que las descompensaciones frente a eventos de estrés son sólo consecuencias de la enfermedad ya agudizada. A pesar de ello, puede sostenerse que el Modelo de Vulnerabilidad y Estrés, es aceptado ampliamente como teoría explicativa y comprensiva de la aparición y el curso de la esquizofrenia.

Por tanto, al inicio de la década de 1980, ya se habían desarrollado los fundamentos para la aparición de los llamados modelos psicoeducativos, aunque hacía falta la formalización del derecho de los pacientes y sus familiares al conocimiento preciso y conciso respecto a su enfermedad y tratamiento que, por ejemplo, realizó la *American Hospital Association* en 1975 (Pekkala y Merinder, 2006). De este modo se establecía claramente que un paciente y una familia informada eran un aliado participativo en el afrontamiento de una dificultad en la salud. Y más aún, la información para una persona y su familia se transforma en un derecho; mientras, para los profesionales y servicios, brindar información, se constituye en un deber y obligación.

Asimismo, específicamente en el campo de la psicología, surgen nuevos métodos de intervención psicoterapéutica sustentados en estudios empíricos (Lieberman, 1993), que comienzan a integrar diferentes corrientes teóricas. Por ejemplo, se desarrolla el modelo de resolución de problemas (D'Zurilla, 1993; D'Zurilla y Goldfried, 1971), la terapia conductual

---

<sup>5</sup> Actualmente se utiliza la palabra prolongado (aludiendo a un padecimiento de larga evolución), en reemplazo de la concepción de la esquizofrenia como enfermedad crónica (que alude a un padecimiento que nunca terminará, irreversible y de curso negativo); para mayor detalles al respecto es posible consultar a Lefley (1990).

familiar (Falloon, 1988), así como estudios respecto a las redes sociales y las capacidades de afrontamiento (McFarlane, 2002), entre muchos otros.

De este modo, ya en los albores de la década de 1980 se comienzan a producir las primeras formalizaciones de intervenciones psicoeducativas, aunque algunos autores señalan que existen registros de intervenciones psicoeducativas multifamiliares desde 1973 en el Hospital Estatal de Vermont, dirigidas por H. Meter Laquear (McFarlane, 2002).

En este escenario, el desarrollo de las intervenciones psicoeducativas tiene, hasta el momento, tres períodos históricos, los cuales pueden ser definidos según el tipo de estudios que se desarrollan respecto a ellas: El primero, **donde se justifica la intervención**; a continuación los que **evalúan**; y finalmente los que **determinan la pertinencia en cada caso particular**.

Específicamente, el desarrollo de los estudios empíricos sobre la psicoeducación comienza en 1970, en donde se comparan los efectos de la medicación neuroléptica versus placebo, o sobre las recaídas a pesar del cumplimiento. Los resultados de estos estudios promueven el estudio de intervenciones que disminuyan las recaídas (Anderson et al., 1988; Hogarty y Anderson, 1986), entre los que se encontrarían las intervenciones psicoeducativas. Posteriormente, durante la década de 1980, la segunda generación de estudios, evaluó la combinación de intervenciones psicosociales y fármacos sobre variables como recaídas y emoción expresada. La tercera generación, durante los años 90', buscó una definición más precisa de los distintos formatos terapéuticos, ajustándose a los diferentes momentos de la enfermedad y a distintos tipos de familias, incluyendo el impacto en variables como carga familiar, calidad de vida, estilos de afrontamiento y necesidades, entre otras (McFarlane et al., 2003; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000).

Actualmente los programas psicoeducativos están incorporando nuevas aportaciones de otras ramas de la salud mental y la psiquiatría. Por ejemplo, últimamente se están desarrollando cruces entre funcionamiento cognitivo y psicoeducación, lo que genera protocolos de tratamientos diferenciados según el desempeño neuropsicológico de los participantes (Breitborde et al., 2011; Jahn et al., 2011). Asimismo, se están realizando estudios que orientan a que el incorporar los principios del paradigma de la recuperación (*recovery*), promueve el bienestar y la esperanza entre las familias de personas con esquizofrenia, disminuyendo el estrés y, por lo tanto, mejorando la evolución del cuadro (Friedman-Yakoobian, de Mamani, y Mueser, 2009). En este aspecto, la psicoeducación es un

modelo de tratamiento vivo, que sigue perfeccionándose e incorporando nuevos desarrollos investigativos, como en el caso de esta investigación puede ser la utilización de la tecnología y las ciberterapias.

### ***Principios que guían la intervención***

Otro de los puntos centrales en la intervención psicoeducativa es conocer los principios que la guían. Estos, definen el tipo de relación que se establece, orientan los roles que deben ser adoptados y las decisiones que se requiere tomar. En este sentido, y tomando en cuenta que la psicoeducación es una intervención dinámica y flexible, en donde suelen presentarse situaciones imprevistas o que no son señaladas claramente por los manuales o guías; estos principios resultan fundamentales para definir el modo de afrontamiento ante situaciones conflictivas, confusas o inesperadas.

Pero los principios no sólo brindan ayuda instrumental en situaciones confusas del tratamiento; las investigaciones están señalando que al parecer la concepción que tienen los profesionales respecto a la enfermedad genera consecuencias en la evolución y la rehabilitación de las mismas, así como en las reacciones que tienen tanto las familias y los pacientes ante el estrés. Así, profesionales que siguen el modelo de recuperación (*recovery*) parecieran que ejercen un efecto tranquilizador (Friedman-Yakoobian et al., 2009; Larsen, 2007).

Existe una gran variedad de intervenciones psicoeducativas familiares (McFarlane et al., 2003; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000; Xia et al., 2011); pudiendo variar, por ejemplo, en:

- a) Su formato (unifamiliar, multifamiliar).
- b) Estructura (involucrando o excluyendo al paciente).
- c) Duración e intensidad del tratamiento: desde 6 sesiones hasta más de dos años, con frecuencia diaria, semanal, quincenal o libre.
- d) El encuadre: en un dispositivo clínico o en el hogar de la familia.
- e) El tipo de énfasis de la intervención: en la educación, emociones, conducta, resolución de problemas, cogniciones, la rehabilitación o los elementos del sistema familiar.

f) El momento en que se implementa: primer episodio, durante la hospitalización, en cualquier momento.

McFarlane (2003), señala que existen algunas líneas de investigación que van aportando la elección de los diferentes elementos que deben constituir un modelo psicoeducativo sustentado empíricamente. Por ejemplo, existirían algunos elementos de la autoayuda como las expansión de las redes sociales y el apoyo social que deberían ser incorporados (de allí su propuesta de un modelo multifamiliar). Por otro lado, sostiene que existe una evidencia que indica que es mejor que los pacientes participen del tratamiento. Asimismo, indica que la duración de la intervención debería ser entre 9 a 12 meses para alcanzar un nivel de eficacia.

Algunos autores señalan ciertos requisitos básicos que se les deben exigir a cualquier intervención educativa (Goldstein, 1994; Muela-Martínez y Godoy-García, 2001a, 2001b), que se señalan en el Tabla 3. Así, a pesar de la gran diversidad de modelos psicoeducativos, todas ellas mantienen principios en común que serán desarrollados a continuación. Junto a lo anterior, se han desarrollado investigaciones que abordan el punto de vista de los asistentes a la psicoeducación, desde esta perspectiva las condiciones necesarias para que un terapeuta desarrollo psicoeducación es que cuente con habilidades de comunicación y adecuado conocimientos (Chadzynska, Meder, y Charzynska, 2009).

**Tabla 3:** Requisitos que se les debe exigir a cualquier intervención psicoeducativa

- 
- Contar con la colaboración de las familias haciéndoles ver la importancia de su participación
  - Aumentar el conocimiento familiar sobre la enfermedad
  - Entregar a las familias habilidades y herramientas de afrontamiento
  - Lograr que la familia sepa detectar signos de recaídas y pueda intervenir temprana y oportunamente
  - Realizar todas las acciones y en todos los niveles para favorecer que se mantenga la medicación
  - Intervenir para que racionalicen las expectativas
  - Evaluar que el servicio y los terapeutas estén comprometidos y en sintonía con el modelo psicoeducativo
- 

A pesar de la gran diversidad de intervenciones familiares, existen algunas características u objetivos comunes entre ellas (Crowe et al., 1998; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002; McFarlane et al., 2003). A continuación, de acuerdo a la bibliografía señalada, se han agrupado los principios psicoeducativos para facilitar su comprensión y evaluación. De este modo, de acuerdo a los criterios de la presente investigación, toda acción que se denomine “*psicoeducativa*”, debiese de cumplir con estos principios:

### **Las intervenciones psicoeducativas poseen una definición común de la esquizofrenia**

En síntesis, para una intervención psicoeducativa la esquizofrenia se concibe como un trastorno de base biológica cerebral con determinantes psico-sociales. Es decir, un desorden mental cuya causa se encuentra en el cerebro, que puede mejorar parcialmente con la medicación, y en donde las familias tienen un efecto significativo en su recuperación (McFarlane et al., 2003). Desde la perspectiva de la vulnerabilidad, la enfermedad se ve afectada por factores bio-psico-sociales; siendo fundamental y en igual importancia las acciones en cada uno de estos tres ámbitos.

Bajo este mismo punto de vista, las últimas investigaciones reportan que el modelo que los profesionales tienen respecto a la evolución de la esquizofrenia genera consecuencias en la evolución de la enfermedad; así, terapeutas que trabajan bajo el modelo de la recuperación (*recovery*), generan efectos positivos y tranquilizadores tanto en pacientes como en sus familias (Friedman-Yakoobian et al., 2009; Larsen, 2007). Estos descubrimientos apuntan a lo importante que son el convencimiento que deben tener los profesionales respecto al modelo global de afrontamiento y evolución de la esquizofrenia.

### **Las intervenciones psicoeducativas buscan al menos tres objetivos comunes**

Los objetivos de la psicoeducación, al menos, son: ayudar a las familias a convivir con una persona que sufre una enfermedad específica; disminuir las recaídas al mínimo y, alcanzar el mejor funcionamiento social y ocupacional posible.

### **Las intervenciones psicoeducativas consideran y evalúan algunos aspectos fundamentales**

Para desarrollar una intervención psicoeducativa se deben tener a la vista las necesidades clínicas y sociales del paciente; las expectativas de la familia ante el tratamiento y para con el paciente; el sentimiento de pérdida dentro de la familia y, las fortalezas y limitaciones de la familia en su habilidad para apoyar al paciente.

### **Las intervenciones psicoeducativas utilizan una serie de intervenciones terapéuticas habituales y básicas**

Una primera consideración que se debe tener en cuenta al realizar una psicoeducación es asegurar que se provee un manejo óptimo de la medicación, siendo un elemento *sine qua non* para realizar la intervención<sup>6</sup>.

En segundo lugar, el modelo teórico de la psicoeducación tiene un fundamento empírico, de modo que se utilizan técnicas cognitivas, conductuales, humanistas y sistémicas. Este enfoque integrador se traduce en el uso de la transparencia, empatía, re-estructuración cognitiva, realización de tareas, implementación de soluciones estratégicas, entrenamiento en resolución de problemas, análisis estructural de la familia, intervenciones que buscan realzar las redes sociales, intervenciones para mejorar la comunicación, herramientas de afrontamientos, intervenciones para disminuir la emoción expresada. Es decir, la psicoeducación no se adhiere a ninguna corriente tradicional.

Otras características de la terapéutica psicoeducacional es que sus intervenciones se centran en el “*aquí y en el ahora*” y con una flexibilidad centrada en las necesidades de la familia. Asimismo, se reconocen los derechos de entregar información, desarrollando métodos de instrucción para usuarios y cuidadores. Estos conocimientos se entregan en el momento adecuado, aunque más que el conocimiento se destaca la importancia del contexto en que se entrega. Es decir, la psicoeducación, más que la mera entrega de información; promueve la comprensión y puesta en práctica de un modo de relación.

### **Las intervenciones psicoeducativas desarrollan una forma característica de vincularse y considerar a la familia**

Como característica fundamental, la psicoeducación fomenta la activa participación de los familiares desde un inicio del proceso de tratamiento en un marco de colaboración entre pacientes, familiares, cuidadores y profesionales. También es importante señalar que este tipo

---

<sup>6</sup> Se debe mencionar que actualmente algunos autores recomiendan realizar acciones de información y de apoyo a las familias y/o usuarios a pesar del incumplimiento, no toma de la medicación, o no adherencia a la fármaco-terapia (Degmecic, Pozgain, y Filakovic, 2007; Hardeman, Harding, y Narasimhan). De este modo, este punto pueda y deba ser rebatido; ya que la condición actual en cuanto a la adherencia más bien se refiere a que el usuario, o al menos la familia; estén en contacto y vinculados a dispositivos de atención en salud mental.



de intervenciones se alejan totalmente de culpabilizar o responsabilizar a la familia por la enfermedad y evitan tratarla como paciente: la familia es considerada como una parte del equipo que puede cambiar el curso de la enfermedad.

De este modo, se fomenta una aproximación positiva y una relación de trabajo genuina con las familias, tratándolos como iguales en el planeamiento y desarrollo del tratamiento. Es decir, se promueve y requiere una relación simétrica con la familia para desarrollar un proceso psicoeducativo.

### **Las intervenciones psicoeducativas se preocupan de proporcionar continuidad de los servicios**

La psicoeducación proporciona estructura y estabilidad, proveyendo apoyo continuo mediante la disposición de recursos clínicos ante períodos de crisis, así como un plan explícito de afrontamiento. Asimismo, esta intervención hace posible un fácil acceso a los profesionales, incluso en caso que el trabajo familiar haya cesado.

Por otra parte, la psicoeducación coordina todos los elementos de tratamiento y rehabilitación, con el fin de asegurar que trabajen hacia las mismas metas.

### **Las intervenciones psicoeducativas requieren de cierto tipo de terapeutas**

Este tipo de intervenciones establecen un rol muy activo de los terapeutas, debiendo ser cercanos, transparentes y abiertos; así como capaces de ofrecer información, consejo, guía y, hasta negociación con otros dispositivos o profesionales de la salud, entre otras cosas. Así, el terapeuta psicoeducacional se caracteriza por una flexibilidad centrada en las necesidades de la familia.

Asimismo, el terapeuta debe comprometerse empáticamente, ayudando a la familia a resolver conflictos con respuestas sensibles al estrés emocional. De este modo, se promueve el establecimiento de una relación terapéutica como la promulgada por Carl Rogers: cálida, empática y franca, centrándose en el *“aquí y el ahora”*.

Es importante afirmar entonces que el terapeuta psicoeducacional debe tener consciencia que no es el responsable del cambio, sino un facilitador de dicho proceso. Las decisiones las

toma la familia, a pesar de las intenciones o consejos profesionales; y las consecuencias de dichas decisiones también le incumben a la propia familia. En definitiva, son las familias las especialistas en la convivencia con personas con enfermedades mentales graves y prolongadas

#### **a) Características profesionales**

Un facilitador de la psicoeducación debe tener experiencia en el trabajo con personas que padecen esquizofrenia, trabajo grupal y con familias; así como mantenerse informado y con conocimientos actualizados y empíricos sobre el trastorno específico. Puntualmente, al menos es necesario que posea conocimientos sobre etiología y tratamiento, y que maneje adecuadamente temáticas como resolución de problemas, evaluación de emoción expresada y manejo conductual. Pero el “*psicoeducador*” no sólo debe saber sobre la esquizofrenia; sino también debe conocer manejo de grupos, terapia sistémica, técnicas de resolución de problemas, y teoría de la comunicación; entre otros conocimientos específicos y necesarios.

Adicionalmente, el terapeuta debe valorar y contar con espacios de supervisión en donde, en un marco profesional, pueda recibir orientación y sugerencias respecto al manejo del problema; y en donde pueda expresar las emociones que vive en el contacto con las familias, y el modo de elaborarlas.

#### **b) Características personales**

Una de las características fundamentales de los facilitadores psicoeducacionales es que no deben ser autoritarios ni imponer a las familias sus puntos de vista. Por ejemplo, sobre la esquizofrenia. Su rol es el de un moderador que acompaña y que dispone de información, para lo cual, no deben tener problemas en monitorear su llegada para con las familiares, solicitándoles abiertamente su opinión. Asimismo, se hacen fundamentales las habilidades de comunicación y los conocimientos sobre los temas a abordar (Chadzynska et al., 2009).

Al mismo tiempo, los terapeutas deben saber y valorar el trabajo en equipo, manteniendo una relación de confianza con sus co-terapeutas y el resto de los involucrados.

### **c) Estilo como terapeuta**

Los facilitadores de la psicoeducación deben constituirse en un modelo para las familias, relacionándose con ellas del modo en que ellas deberían relacionarse con sus familiares.

Asimismo, deben seguir los principios “*Rogerianos*”<sup>7</sup> en el establecimiento de una relación terapéutica simétrica y, sobre todo, en cuanto a mostrarse humano, sensible, empático, cálido y franco. De este modo, podrán desarrollar la terapia de una manera natural, haciendo sentir comprendidas y escuchadas a las familias; transmitiendo los contenidos con flexibilidad y paciencia, y evitando la comunicación mecánica o meramente expositiva de los diferentes temas.

Por otra parte, el terapeuta debe facilitar y promover la participación e interacción entre los familiares y, al mismo tiempo, debe dar consejos y orientación. Incluso, este profesional puede llegar a movilizarse activamente hacia otros agentes o profesionales en pro de las necesidades familiares. Eso sí, persistentemente debe buscar la movilización de la familia, valorando su independencia por sobre la aquiescencia.

Finalmente, el terapeuta psicoeducacional mantiene expectativas realistas, por lo que su trabajo es paciente y escalonado.

### **d) Estilo de vinculación con las familias**

La vinculación con las familias se caracteriza por el respeto constante para con los familiares, mostrando un interés genuino por sus necesidades. La vinculación se funda en la empatía, transparencia y flexibilidad, considerando a la familia como pares. Así, no exhibe ningún atisbo de “*culpabilización*” o “*patologización*” de las familias.

Respecto a la vinculación con las familias, últimamente se han realizado estudios que han establecido que el nivel de alianza de trabajo que se alcanza tanto con los familiares como con los pacientes puede ser un factor que determine las recaídas, la sintomatología y la relación de las familias con el servicio. Así, el establecimiento de una relación terapéutica positiva a lo

---

<sup>7</sup> Con este neologismo se pretende hacer referencia a los postulados de Carl Rogers respecto a la relación que se debería establecer con los usuarios; dichos postulados pueden ser revisados en la Bibliografía (Alemany, 1997; Rogers, Gendlin, Kiesler, y Truax, 1967).

largo de la psicoeducación se relaciona con menor criticismo por parte de las familias, menores recaídas y menor sintomatología (Smerud y Rosenfarb, 2008)

#### **e) Modelo teórico del terapeuta**

El modelo teórico y explicativo del terapeuta está compuesto por elementos cognitivos, conductuales, humanistas y sistémicos. Asimismo, su marco referencial debe valorar un enfoque interdisciplinario y la flexibilidad; la cual le permitirá incorporar los avances empíricos que se vayan produciendo.

### ***Valoración de las intervenciones psicoeducativas***

Una vez revisados los principales modelos que han sido utilizados en la implementación de intervenciones psicoeducativas, resulta necesario valorar los efectos de la psicoeducación. Así, se presentarán los aspectos que han sido evaluados, y posteriormente, qué instrumentos se han utilizado para ello.

### ***Áreas que se han evaluado para medir los efectos de las intervenciones psicoeducativas familiares en la esquizofrenia***

Al revisar las investigaciones publicadas en las que se analiza la efectividad de las intervenciones psicoeducativas, se pueden identificar diferentes áreas que han sido consideradas entre sus efectos (McFarlane et al., 2003; Pharoah et al., 2006; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000, 2002). Estas áreas son señaladas en el Tabla 4.

Cada una de estas áreas contiene algunos componentes. Por ejemplo, la dimensión de respuesta clínica global incluye las recaídas; la respuesta global y la adherencia al tratamiento. Así, cada uno de estos componentes ha sido evaluado mediante diferentes instrumentos.

**Tabla 4:** Áreas que se han evaluado en el estudio de los resultados de la psicoeducación

1. Suicidio y mortalidad
2. Utilización de servicios
3. Respuesta clínica global
4. Estado mental y conducta
5. Funcionamiento social
6. Resultado familiar
7. Resultados económicos

### ***Instrumentos que se han utilizado para determinar los efectos de las psicoeducaciones familiares en esquizofrenia***

A Continuación y junto con señalar cada área valorada y sus componentes; se identifican los instrumentos que han sido utilizados. Todo ello se encuentra resumido en la Tabla 5.

**Tabla 5:** Componentes de las áreas que han sido consideradas en la evaluación de las intervenciones psicoeducativas con familiares

Área	Componentes	Instrumentos	
<b>Suicidio y mortalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tentativas suicidas</li> <li>▪ Muerte</li> </ul>	-	Registros ad-hoc
<b>Utilización de servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingresos hospitalarios</li> <li>▪ Días de hospitalización</li> <li>▪ Consultas y otros</li> </ul>	-	Registros ad-hoc
<b>Respuesta clínica global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recaídas o recidivas</li> <li>▪ Estado global</li> <li>▪ Cumplimiento de la medicación y tratamiento</li> </ul>	-	EEAG / GAF - PSE – 9 - DAI 30/10 - DSM IV - CIE – 10
<b>Estado mental y conducta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sintomatología</li> </ul>	-	SANS, SAPS y mSANS. - Insight scale - PANSS - BPRS - HSCL - SADS - EAP
<b>Funcionamiento social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deterioro social</li> <li>▪ Estado laboral</li> <li>▪ Actividades relacionadas con el trabajo</li> <li>▪ Capacidad para la vida independiente</li> <li>▪ Confinamiento</li> </ul>	-	Cuestionario ad-hoc - WHODAS o DAS II - Peri life Events Scale - SAS-SR - SFS - SLOF - RPTS:

La referencia bibliográfica de cada uno de estos instrumentos puede encontrarse más adelante en el texto cuando se desarrolla de forma más amplia cada uno de las valoraciones

**Tabla 5 (continuación):** componentes de las áreas que han sido consideradas en la evaluación de las intervenciones psicoeducativas con familiares

Área	Componente	Instrumentos	
<b>Resultado familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carga familiar</li> <li>▪ Capacidades de afrontamiento</li> <li>▪ Comprensión del enfermo</li> <li>▪ Atención y maltrato</li> <li>▪ Emoción expresada</li> <li>▪ Calidad de vida</li> <li>▪ Salud mental</li> <li>▪ Satisfacción con la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FBIS</li> <li>- CBS</li> <li>- SSQ</li> <li>- SBAS</li> <li>- ECI</li> <li>- Cuestionario de alianza terapéutica</li> <li>- FBF-3</li> <li>- FQ</li> <li>- FAI</li> <li>- PGS</li> <li>- Positive affect index de Bengston y Schrader.</li> <li>- Medida multifactorial del Estilo de Solución de Problemas</li> <li>- Cuestionario de Afrontamiento Familiar (C.F.Q.)</li> <li>- KASI</li> <li>- CCE</li> <li>- Registro de conocimientos de síntomas</li> <li>- Conocimiento del diagnóstico</li> <li>- CFI</li> <li>- MH</li> <li>- FMSS</li> <li>- FQ de de Barrowclough</li> <li>- Quality of life scale</li> <li>- DAS II</li> <li>- GHQ – 28 y 26</li> <li>- Caregiver mental state</li> <li>- VSSS</li> <li>- FSSI</li> </ul>	
		<b>Resultados económicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Costos de la atención</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario ad-hoc</li> </ul>

La referencia bibliográfica de cada uno de estos instrumentos puede encontrarse más adelante en el texto cuando se desarrolla de forma más amplia cada uno de las valoraciones

### ***a) Suicidio, mortalidad, utilización de servicios y resultados económicos***

Estos tres componentes han sido evaluados mediante cuestionarios *ad-hoc* que registran el fenómeno a estudiar<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Si bien existen cuestionarios específicos la revisión bibliográfica señala que se utilizan simples registros (Pekkala y Merinder, 2006).

## ***Respuesta clínica global***

La dimensión de respuesta clínica global está compuesta por las recaídas o recidivas, el estado global y el cumplimiento del tratamiento.

Para evaluar las recaídas se lleva un registro del número de recaídas o recidivas, mientras que para el estado global se utilizan una serie de instrumentos diferentes, desde las clasificaciones diagnósticas hasta instrumentos de actividades globales.

Entre los instrumentos para determinar el estado global se encuentran el DSM IV (APA, 2000); CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1994); *“Psychiatric Evaluation Form”* o (PEF) (Endicott y Spitzer, 1972), *“Global Assessment Scale”* o (GAS) (Endicott, Spitzer, Fleiss, y Cohen, 1976); *“Escala de impresión clínica global”* o CGI (Haro, 2008); *“Psychiatric Assessment Scale”* o PAS (Krawiecka, Goldberg, y Vaughan, 1977) y su versión española (Pérez-Fuster, Ballester-Gracia, Girón-Gimenez, y Gómez-Beneyto, 1989a, 1989b).

También se utilizan la *“Escala de Evaluación de la Actividad Global”* (EEAG) del DMS IV (APA, 2000), la *“Present State Examination”* o PSE (Wing, Cooper, y Sartorius, 1974), entre otras.

Respecto a las actitudes hacia la medicación y cumplimiento se han utilizado el *“Drug Attitude Inventory”* (DAI), en su versiones de 30 y 10 ítems (Hogan, Awad, y Eastwood, 1983).

## ***b) Estado mental y conducta***

El estado mental y la conducta son evaluados de acuerdo a la sintomatología, por lo que se utilizan instrumentos y cuestionarios *ad-hoc* que registran la duración de los episodios.

Entre las escalas utilizadas se encuentran la *“Positive and Negative Syndrome Scale”* (PANSS) (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987) y su estandarización en España (Peralta-Martin y Cuesta-Zorita, 1994); asimismo, la *“Brief Psychiatric Rating Scale”* (BPRS) (Overall y Gorham, 1962); *“Hopkins Symptom Checklist”* (HSCL) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, y Covi, 1974a, 1974b); la *“Scale for the Assessment of Negative Symptoms”*, *“Scale for the Assessment of Positive Symptoms”* y, la *“Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms”* (SANS, SAPS y mSANS) (Andreasen, 1989a, 1989b; Andreasen, Arndt, Miller, Flaum, y Nopoulos, 1995); *“Insight Scale”* (Birchwood et al., 1994); EAP o *“Escala de ajuste pre-mórbido”* (Cannon-

Spoor, Potkin, y Wyatt, 1982); SADS o “*Schedule for affective disorder and schizophrenia*” (Endicott y Spitzer, 1978).

### ***c) Funcionamiento social***

El funcionamiento social ha sido evaluado desde el deterioro social, el estado laboral y las actividades relacionadas al trabajo. También se ha incluido el confinamiento, el estrés y la capacidad para la vida independiente. Todos estos efectos son comunes en enfermedades prolongadas (Llorca-Ramón y Ledesma-Jimeno, 2010).

Así, el “*deterioro social*” ha sido informado desde instrumentos como el SFS o “*Social Functioning Scale*” (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton, y et al., 1990) y su versión española (Jiménez-García, Vázquez-Morejón, y Vázquez-Morejón, 2004); “*Specific Level of Functioning Scale*”, (SLOF) (Schneider y Struening, 1983); RPTS o “*Role Performance Treatment Scale*” (Good-Ellis, Fine, Spencer, y DiVittis, 1987) y el SAS-SR (*Social Adjustment Scale Self Report*) (Weissman, Prusoff, Thompson, Harding, y Myers, 1978).

En cuanto al “*estado laboral*” y las “*actividades relacionadas con el trabajo*”, éstas han sido evaluadas mediante cuestionarios *ad-hoc*, al igual que el confinamiento. Quienes han evaluado los eventos estresantes han utilizado la *Peri life Events Scale (Pyshiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale)* (Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, y Dohrenwend, 1978).

Finalmente, la “*capacidad para la vida independiente*” ha sido evaluada mediante el WHODAS o DAS II (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*) (Organización Mundial de la Salud, 2001), y sus versiones españolas (Montero, Bonet, Puche, y Gómez Beneyto, 1988; Montero y Gómez Beneyto, 1993; Vázquez-Barquero et al., 2000). También se ha utilizado el “*Nurses’observation Scale for Inpatient Evaluation*” (NOSIE-30) (Honigfeld, Gillis, y Klett, 1966); el SCOS de Strauss y Carpenter (Strauss y Carpenter, 1972). A lo largo de la revisión realizada se han encontrado evaluaciones *ad-hoc* que registran la capacidad para la vida independiente.



#### ***d) Resultado familiar***

El resultado familiar está compuesto por la carga familiar, la alianza terapéutica, actitudes, capacidad de afrontamiento, comprensión del enfermo, emoción expresada, calidad de vida y la satisfacción con la atención.

Específicamente, la carga familiar ha sido evaluada mediante la FBIS (*Family Burden Interview*) (Pai y Kapur, 1981); CBS (*Caregiver Burden Scale*) (Martin et al., 1996; Zarit, Reever, y Bach-Peterson, 1980); SSQ (*Social Support Questionnaire*) (Sarason, Sarason, Shearin, y Pierce, 1987); SBAS (*Social Behavior Assessment Schedule*) (Platt, Weyman, Hirsch, y Hewett, 1980) y su adaptación española (Otero, Navascues, y Rebolledo-Moller, 1990); ECI (*Experience of Caregiven Inventory*) (Szmukler, Burgess et al., 1996) y otras de escalas de apoyo social y de estrés familiar

Las “*actitudes familiares*” han sido informadas mediante el FBF-3 (*Cuestionario de Quejas parte del Inventario Psicopatológico de Frankfurt*) (Peralta-Martin y Cuesta-Zorita, 1989); FQ (*Cuestionario Familiar de Wiedemann*), (Wiedemann, Rayki, Feinstein, y Hahlweg, 2002); FAI (*Family Attitude Inventory*) (Levitt, 1982); PGS (*Personal Gains Scale*) (Pearlin, Mullan, Semple, y Skaff, 1990); el “*Family Questionnaire*” de Barrowclough (1992) y el PAI o “*Positive Affect Index*” (Bengston y Schrader, 1982).

Las “*capacidades de afrontamiento*” han sido identificadas mediante la “*Medida multifactorial del Estilo de Solución de Problemas*” (Cassidy y Long, 1996; Vallina-Fernández et al., 1998); el “*Cuestionario de Afrontamiento Familiar*” (CFQ) (Magliano et al., 1996) utilizada en España por Vallina-Fernández, Lemos-Giráldez, García, Otero, Alonso y Gutiérrez (1998), entre otras.

Respecto a la comprensión del enfermo se ha utilizado el KASI: *Knowledge About Schizophrenia Inventory*” (Barrowclough y Tarrrier, 1992; Barrowclough et al., 1987), el que ha sido utilizado en España (Lacruz et al., 1999); el CCE (*Cuestionario de Conocimientos de la Enfermedad*” (Muela-Martínez, 1999), así como el registro de conocimientos de síntomas y del diagnóstico.

Respecto a la emoción expresada se ha utilizado el CFI (*Camberwell Family Interview*) (Vaughn y Leff, 1976) y su versiones castellanas (Gutiérrez et al., 1988; Magana, Goldstein, Karno, Miklowitz, y et al., 1986; Montero y Ruíz, 1992); la MH o *Muestra de Habla de Cinco*

*Minutos* (Gottschalk et al., 1988), utilizada en población española (Muela-Martínez, 1999), entre otras.

Para determinar la “calidad de vida” se han utilizado medidas como la “*Quality of Life Scale*” (Organización Mundial de la Salud, 2001). También, dentro de esta medida, se ha considerado la salud mental, para lo que se ha utilizado el “*General Health Questionnaire*” (GHQ) en sus versiones de 28 y 26 ítems de Goldberger (1972) y adaptado en España (Lobo, Pérez-Echeverría, y Artal, 1986; Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana, y Varo, 1979), entre otros.

En cuanto a la satisfacción con la atención se ha utilizado la VSSS (*Escala de Satisfacción con el servicio de Verona*) (Ruggeri, Dall'Agnola, Agostini, y Bisoffi, 1994; Ruggeri, Dall'Agnola, y Bisoffi, 1996; Ruggeri et al., 2000) y sus estandarizaciones en España (Artal et al., 1997; Pereira, 2003) así como cuestionarios *ad hoc*, entre otras.

Como conclusión respecto a la valoración de la intervención psicoeducativa puede señalarse que se han utilizado muchos instrumentos y medidas para determinar los efectos que tiene y determinar sus resultados. De modo que para determinar qué instrumentos utilizar se deben considerar los objetivos que cada modelo busca conseguir. Uno de los aportes del presente estudio es, justamente, la revisión y clasificación de una gran cantidad de dimensiones y medidas importantes para la valoración de la psicoeducación.

Desde las dimensiones o áreas que se han valorado respecto a la psicoeducación, es posible concluir que la psicoeducación pareciera ser una intervención con amplios efectos y en diferentes áreas, tanto en los servicios; los profesionales; usuarios y las familias. Es decir, no es una intervención que únicamente se centre en la mejora de la calidad de vida de la familia sino que afecta desde la organización de los servicios hasta la posibilidad de alcanzar un empleo.

### ***Características generales de los modelos psicoeducativos más difundidos***

Según McFarlane (2002), una de las primeras experiencias psicoeducativas multifamiliares la desarrolló H. Meter Lacqueur, comenzando la década de 1960 en el Hospital Estatal de

Queens y en el Hospital Grace New Heavens, en New Heavens, Connecticut<sup>9</sup>. Dicho modelo difería de los principios psicoeducativos, por lo que puede ser considerado sólo como un precursor de la psicoeducación. En este contexto, Johnson (2003), y McFarlane (2003), sostienen que el primer modelo psicoeducacional propiamente dicho es el de Goldstein (Goldstein, Rodnick, Evans, May, y Steinberg, 1978).

Desde ese modelo primigenio hasta la actualidad, se han diseñado múltiples intervenciones psicoeducativas, algunas de las cuales serán revisadas brevemente, destacando las siguientes: características generales y antecedentes, modo de trabajo, etapas, participantes, frecuencia, encuadre y resultados empíricos, entre otras características. A partir de esto, se espera disponer de un amplio abanico de intervenciones psicoeducativas que permitirá orientar decisiones, así como profundizar la información. Las intervenciones señaladas a continuación son referidas de acuerdo a su característica distintiva y el autor principal (Tabla 6).

**Tabla 6:** Intervenciones psicoeducativas familiares en esquizofrenia

- 
- Intervención psicoeducativa en crisis de Goldstein
  - Modelo psicoeducativo de Anderson
  - Intervención dinámica de Köttgen
  - Terapia conductual familiar de Falloon
  - Intervenciones psicosociales de Leff
  - Intervenciones cognitivos conductuales de Tarrier
  - Consultoría familiar de Wynne
  - Programas educativos familia-a-familia de la NAMI
  - Intervención psicoeducativa de Muela y Godoy
  - Intervenciones de grupos multifamiliares de McFarlane
  - Programa psicoeducativo del CRPS del Servicio de Psiquiatría de Zamora
- 

### ***La intervención psicoeducativa en crisis de Goldstein***

Pionera entre las intervenciones psicoeducativas, la intervención de Goldstein fue publicada en 1978 (Goldstein et al., 1978). Fue resultado de un estudio longitudinal realizado en Ventura (EEUU), de una cohorte de 64 familias durante 20 años. Se efectuó mediante un estudio sobre 104 pacientes, casi todos con un primer episodio.

---

<sup>9</sup> Por ejemplo, puede señalarse que ya en 1964 se publica un modelo de terapia multifamiliar que se aplicaba hace algunos años (Laqueur, LaBurt, y Morong, 1964; Masserman, 1964).

Es considerada una intervención en crisis que se lleva a cabo inmediatamente al realizarse la hospitalización del enfermo (Dixon y Lehman, 1995), y cuyas características generales se describen a continuación:

### ***a) Características Generales y Objetivos***

Goldstein et al., proponen un tratamiento en crisis que permitiría enfrentar desde un inicio los primeros avatares de la enfermedad y encauzar el comportamiento y la relación familiar. De este modo, Goldstein et al., buscan reducir las recaídas y facilitar un ambiente protector. De este modo, es central la aceptación de la enfermedad y la identificación de elementos estresantes pasados y futuros, intentado minimizar sus efectos.

### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

La intervención se desarrolla a lo largo de seis sesiones que se producen mientras el paciente se encuentra hospitalizado. Se llevan a cabo en contexto clínico, sin la presencia del paciente y en formato unifamiliar. Cada sesión tiene una duración aproximada de hora y 30 minutos.

### ***c) Etapas de la Intervención***

Debido a lo breve de la intervención, las sesiones se centran en educación, logro de aceptación constructiva de la enfermedad y planeamiento del futuro inmediato en un formato de intervención en crisis.

### ***d) Modo de Trabajo***

Utiliza el modelo de la intervención en crisis, la resolución no estructurada de problemas y la prevención de recaídas mediante la educación. Al mismo tiempo, enfatiza el establecimiento de una alianza terapéutica.

### ***e) Estudios Empíricos***

Se señala una reducción significativa de las recaídas a los seis meses (Goldstein et al., 1978). Asimismo, se obtienen mejores resultados en mujeres, en pacientes con pobre funcionamiento previo, en los que se advierte un mejor funcionamiento familiar (Glick et al., 1985; Haas et al., 1988). También se observó mejoría en la comprensión y relación en la familia, aunque no una mejoría en la carga o en los cuidados familiares (Szmukler, Herrman, Colusa, Benson, y Bloch, 1996).

Posteriormente se realizaron estudios de seguimiento a los tres y seis años en donde las diferencias no se mantuvieron, por lo que se planteó que la intervención en crisis, prevenía recaídas sólo durante los seis meses posteriores (Muela-Martínez y Godoy-García, 2001b). Este hallazgo es congruente con los estudios que informan de un proceso de extinción del efecto psicoeducativo a partir de los dos años posteriormente a la intervención (McFarlane et al., 2003).

### ***El modelo psicoeducativo de Anderson***

Este modelo, publicado por primera vez en 1980 (Anderson et al., 1980), se sustenta principalmente en la teoría de la vulnerabilidad y estrés de Zubin y Spring (1977), y los desarrollos en emoción expresada de Brown, Birley Wing (1972). Este modelo, basándose en la investigación y en la mejor práctica clínica, entrega una extensa guía educativa acerca de la enfermedad, su tratamiento y rehabilitación. Establece como pre-condición de su implementación el mantenimiento de la medicación. Fue desarrollado en Pittsburgh, Estados Unidos, y es considerado el paradigma de la psicoeducación. A partir de este modelo surge el nombre de “*intervenciones psicoeducativas*” para este tipo de terapias<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Se debe señalar que la connotación a la educación que hace la denominación de este tipo de intervenciones (psicoeducación), genera confusiones respecto a la importancia relativa del componente educativo en comparación con otros aspectos de la terapéutica psicoeducativa; como el apoyo emocional, la guía cognitiva o la implantación del método de resolución de problemas (McFarlane et al., 2003). El presente estudio sostiene que la educación o la instrucción, es un elemento importante pero tan importante como otros aspectos de la intervención. La psicoeducación es mucho más compleja que la mera exposición de información.

### ***a) Características Generales y Objetivos***

Su programa es muy estructurado y guiado por una gran vinculación con la familia. En un principio a la familia se le entrega información para que sea capaz de promover un ambiente más tranquilo, integrando gradualmente al paciente en las labores domésticas habituales. Al mismo tiempo, se insta a realizar actividades fuera de casa.

Durante todo el transcurso de la intervención se debe dar continuidad a la atención y la planificación de objetivos y actividades se hace en base a metas que se acuerdan entre todos los involucrados; especialmente con la familia.

### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Esta intervención se desarrolla en un marco clínico, desde la hospitalización del paciente, que es incluido cuando se ha estabilizado de su cuadro psicopatológico agudo. También, considera el uso del contacto telefónico.

Solamente el taller psicoeducativo implica la participación multifamiliar, el resto de la intervención se realiza en un marco unifamiliar.

### ***c) Etapas de la Intervención***

Las etapas del tratamiento comienzan con la *“conexión con las familias”*, a la cual se le otorga una importancia basal, ya que se refiere a la vinculación y el reclutamiento de la familia en la intervención.

Posteriormente, se organiza un *“taller psicoeducativo”*, que abarca una jornada completa en donde se entregan materiales e información respecto a: la definición de esquizofrenia; síntomas; tratamientos; aspectos de la familia ante la esquizofrenia; necesidades y problemas comunes; acciones eficaces demostradas, entregando un espacio de preguntas.

A continuación, la tercera etapa comprende el *“comienzo de la re-integración”* del paciente en la sociedad, lo cual se inicia por incentivar actividades en un ambiente protegido como el hogar para así, avanzar hacia la comunidad. Esta etapa puede durar más de un año.

La cuarta etapa se refiere a la “*rehabilitación social y profesional*”, considerando la salida del familiar enfermo a actividades fuera del hogar, en donde, por ejemplo, se realizan constantes contactos telefónicos para darle mayor continuidad a los cuidados.

La “*etapa final*” presenta algunas alternativas, pero siempre considera el mantenimiento del vínculo. Por ello pueden abocarse a temas propios y específicos de cada una de las familias; manteniendo la intervención, disminuyendo su frecuencia o continuando hacia una etapa denominada “*rehabilitación social y profesional*”.

#### ***d) Modo de Trabajo***

La intervención psicoeducativa implica una fuerte vinculación del terapeuta con la familia, en donde éste se transforma en mediador entre ésta y el sistema de salud. Tiene un fuerte sustento en la terapia familiar estructural, involucrando técnicas de resolución de problemas, manejo conductual, afrontamiento estratégico de las vicisitudes de la psicoterapia, junto a un esfuerzo en rehabilitación social y vocacional. Todo ello creando barreras a la estimulación excesiva.

#### ***e) Estudios Empíricos***

Se ha reportado una reducción de la tasa de recaídas al año y los dos años, aunque sin gran impacto en el funcionamiento del paciente (Hogarty y Anderson, 1986; Hogarty et al., 1991), y con similares resultados en primeros episodios (Rund et al., 1994). Se describen disminuciones de la emoción expresada pero sin llegar a ser significativas (Muela-Martínez y Godoy-García, 2001b).

#### ***Intervención dinámica de Köttgen***

Intervención con orientación dinámica que no obtuvo resultados significativos en la reducción de recaídas ni en la reducción de la alta emoción expresada. Fue desarrollada en Hamburgo, Alemania.

### ***a) Características Generales y Objetivos***

Sesiones de dinámica de grupos para familiares y enfermos, en donde se desarrollan diversos temas como la culpabilidad, el miedo al fracaso, el aislamiento, los prejuicios, las expectativas, el miedo a ser abandonados y el enfrentamiento a impulsos agresivos, entre muchos otros.

### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

La intervención se realiza en un entorno clínico, durante 2 años, con una frecuencia quincenal, separando a familiares y pacientes.

### ***c) Etapas de la Intervención***

La intervención es poco estructurada, comenzando tras el alta del paciente y permitiendo que éste o la familia, continúen participando a pesar de que su contraparte haya desertado.

### ***d) Modo de Trabajo***

Se trabaja siguiendo dinámicas grupales desde un enfoque psicoanalítico y explorando los aspectos familiares disfuncionales de los participantes.

### ***e) Estudios Empíricos***

Sus resultados no son satisfactorios a un nivel significativo en cuanto a recaídas o disminución de la emoción expresada (Köttgen, Sönnihsen, Moolenhauer, y Jurth, 1984).



## ***La terapia familiar conductual de Falloon***

Surge en Estados Unidos, California, y su publicación se realizó en 1984. Se caracteriza por su fuerte énfasis conductual y a partir de ella nació posteriormente, una intervención familiar conductual (Falloon, 1988).

Fundamentalmente, se busca el empleo del modelo de resolución de problemas propuesto por D'Zurrilla y Goldfried (1971), en la vida diaria de la familia.

Entre otras cosas, supone que la familia carece de herramientas y comprensión para el manejo de la esquizofrenia, y que tiene bastantes dificultades para expresar sentimientos tanto positivos como negativos para con el paciente.

### ***a) Características Generales y Objetivos***

Aplica los desarrollos del aprendizaje social y técnicas conductuales estructuradas al afrontamiento familiar de la conflictiva producida por el trastorno esquizofrénico. El objetivo que se pretende lograr y que dirige la intervención, es alcanzar la resolución de problemas en la vida cotidiana de la familia. Asimismo, pretende mejorar la comunicación dentro de la familia facilitando la expresión de sentimientos.

### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Las sesiones son flexibles en un marco unifamiliar, participando quienes sean apropiados para la conducta que se desea analizar o lograr. Aunque prioriza el trabajo con la familia como un todo. Se desarrolla idealmente en el hogar, no descartándose el entorno clínico, utilizándose el contacto telefónico.

La duración o frecuencia de la intervención va por etapas: primero se desarrollan entre diez a 12 sesiones con frecuencia semanal, durante tres meses; a continuación sesiones quincenales durante otros tres meses y, finalmente, sesiones mensuales hasta cumplir un año. Las sesiones tienen una duración aproximada de una hora.

En cada intervención suele presentarse información intercalada con debates y ensayos conductuales para su posterior desarrollo en el hogar. Estas conductas son revisadas en el siguiente encuentro. Asimismo, se entrega material escrito para su lectura.

### ***c) Etapas de la Intervención***

Su implementación se realiza a partir del alta y estabilización del paciente, para que así puede participar de la actividad. Consta de seis etapas: evaluación, educación, entrenamiento en comunicación, resolución de problemas y problemas específicos.

Comienza con una “*exhaustiva evaluación*” de cada uno de los miembros y de la familia como un todo, en donde se examinan recursos, déficit y metas. La intervención comienza con la “*evaluación familiar en sus niveles individuales y grupales*”. Posteriormente, se desarrolla la “*educación*” sobre esquizofrenia en un proceso continuo, abarcando factores protectores y de riesgo, prevención de recaídas, tratamientos y manejo, entre otros.

La tercera etapa involucra el “*entrenamiento en comunicación*”, que pretende enseñarle a la familia a tener discusiones constructivas y amables, así como a expresar sus sentimientos y deseos. Asimismo, y desde un inicio, se intenta modelar un “*entrenamiento en resolución de problemas*” (D'Zurilla, 1993; D'Zurilla y Goldfried, 1971; Falloon, 1988). Finalmente, se trabajan “*estrategias frente a problemas específicos*”, incluyendo manejo de ansiedad relajación y fijación de límites.

### ***d) Modo de Trabajo***

Se sostiene en un equipo multidisciplinario, siguiendo los principios generales de la psicoeducación, caracterizándose por el uso de las técnicas como el contrato conductual, modelado, tiempo fuera, imposición de límites, e identificación de señales de alarma.

### ***e) Estudios Empíricos***

Se hallaron tasas de recaídas menores a los 9 meses, uno y dos años, con mejora del funcionamiento familiar, reducción de la carga familiar y menor coste (Falloon y Pederson,

1985; Hahlweg y Wiedemann, 1999; Randolph et al., 1994). Asimismo, se encuentran estudios que no difieren en los resultados de los obtenidos con terapia familiar de apoyo (Schooler et al., 1997; Zastowny, Lehman, Cole, y Kane, 1992); con la terapia individual estándar (Linszen et al., 1996) e incluso con cuidados habituales. La intervención disminuiría la recaída en un 38% a los 9 meses y 66% a los dos años (Muela-Martínez y Godoy-García, 2001b).

### ***Las intervenciones psicosociales de Leff***

Se desarrollan en el condado de Camberwell, Inglaterra. Su origen fundamental son las investigaciones en emociones expresadas (Leff y Vaughn, 1985). Se caracterizan por la implementación de sus intervenciones “*in situ*”, en el domicilio de la familia; y han sido modificadas desde su primer desarrollo, enriqueciéndose de los resultados de las investigaciones publicadas.

#### ***a) Características Generales y Objetivos***

El objetivo fundamental implica el descenso de la emoción expresada.

#### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Desarrollan en paralelo grupos multifamiliares y unifamiliares, con sesiones domiciliarias y en el contexto clínico.

#### ***c) Etapas de la Intervención***

A lo largo de toda la intervención se considera que tiene lugar un proceso educativo. También incluye la participación en grupos multifamiliares, en los que convivan familias con alta y baja expresividad emocional, de modo que las primeras observen las características de las segundas, buscando que las familias con baja expresividad moderen a las con alta.

#### ***d) Modo de Trabajo***

Las últimas modificaciones han permitido un trabajo ecléctico, en donde el terapeuta se transforma en “mediador”.

#### ***e) Estudios Empíricos***

Se informan tasas de reducción significativa de recaídas a los nueve meses frente al tratamiento rutinario (8% frente a un 50% de recaídas en el grupo control). A los dos años la recaída en el grupo experimental fue entre 20% y 35%, frente al 70% y 78% del grupo control (Leff, Berkowitz, Shavit, Strachan, y et al., 1989; Leff, Berkowitz, y Sturgeon, 1985; Leff y Vaughn, 1985).

### ***Las intervenciones cognitivos conductuales de Tarrier y Barrowclough***

Fue desarrollada en Salford y, al igual que la intervención de Falloon, trabaja con las necesidades familiares individuales y grupales mediante intervenciones conductuales, pero con un mayor componente cognitivo. Supone que cada individuo desarrolla sus propios modelos de enfermedad para darle sentido al estado clínico, que influyen en la asimilación de nueva información y en las estrategias de manejo que adoptan.

#### ***a) Características Generales y Objetivos***

Formar a los familiares como agentes rehabilitadores, dotándolos de habilidades para la relación con el enfermo y reduciendo el estrés familiar.

#### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Considera la participación de familiares y pacientes, unifamiliarmente. Tiene una duración no determinada ya que se desarrolla según metas acordadas entre sus participantes.

### ***c) Etapas de la Intervención***

Plantea un programa educativo de dos sesiones, con la entrega de folletos, consideración de creencias y explicación de la propuesta de trabajo, en donde, más que completar la educación le preocupa la reflexión cognitiva de la información discutida. A continuación, desarrolla el manejo de estrés y de respuestas de afrontamiento, incluyendo, entre otros, la relajación y los juegos de rol. Finalmente desarrolla un programa de metas.

### ***d) Modo de Trabajo***

La terapia tiene un sustento cognitivo-conductual por lo que su modo de trabajo sigue esta orientación utilizando la instrucción, explorando creencias o desarrollando tareas conductuales y entrenamiento en el manejo de comportamientos y creencias.

### ***e) Estudios Empíricos***

Se ha descrito una reducción de las recaídas y la sintomatología a los nueve meses y dos años (Tarrier et al., 1988, 1989). Sin embargo, otros estudios refieren que no existen diferencias con intervenciones de apoyo familiar en sintomatología y carga familiar a los seis y nueve meses (Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000).

Por otra parte, existen publicaciones que dan cuenta que a los nueve meses, en grupos en los que se hacía hincapié en el desarrollo conductual de las tareas, las recaídas fueron del 17%, mientras que en los grupos que no se hacía este énfasis, las recaídas eran algo menores (8%). Este resultado puede ser atribuido a que el énfasis en lo conductual podría favorecer el desarrollo de exigencias y el consecuente estrés.

A pesar de estas diferencias, en su combinación, las recaídas alcanzaban el 12%, lo cual es menor al 53% obtenido con el tratamiento habitual (Muela-Martínez y Godoy-García, 2001b). Además, a los cinco años las recaídas son de un 62% para el grupo experimental, frente a un 83% para el control, y a los nueve años son de 67% frente un 88% del control (Birchwood y Tarrier, 1995). Estos datos son muy similares a los obtenidos con el tratamiento rutinario en familias con baja emoción expresada.

## ***La consultoría familiar de Wynne***

Intervención flexible y centrada en las necesidades familiares específicos, intentando reforzar la propia resiliencia de la familia. Suele indicarse cuando los encuentros periódicos se hacen difíciles, cuando existen pocos problemas, escasas crisis o si la familia afronta bien la situación. Asimismo, es útil cuando el sistema de salud se encuentra fragmentado o no es altamente profesional. Cabe señalar que Wynne comienza sus estudios durante la época de la “culpabilización” de la familia, desarrollando el concepto de “comunicación desviada”.<sup>11</sup>

### ***a) Características Generales y Objetivos***

Se propone entregar información específica respecto a asuntos puntuales y particulares identificados por la familia, y sin una pauta pre-establecida.

### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Se desarrolla en entorno clínico, dirigida incluso por el médico de atención primaria. Su frecuencia es flexible y de acuerdo a las necesidades, al igual que sus participantes.

### ***c) Etapas de la Intervención***

Se sugiere utilizar como seguimiento cuando la familia ya ha participado en intervenciones más estructuradas, o en familias que no se enfrentan a grandes problemas y afrontan bien la situación.

---

<sup>11</sup> El concepto de Comunicación Desviada planteado por Wynn alrededor de 1960, surge desde la observación de la interacción de familias con algún miembro padecía esquizofrenia. Estas observaciones señalaban que las familias presentaban patrones de comunicación fragmentados y notablemente alterados, lo que induciría al desarrollo de un estilo de pensamiento y una capacidad de comunicación desorganizada en hijos susceptibles, quienes podrían desarrollar la esquizofrenia. Estudios posteriores han detectado una asociación (correlación), entre esquizofrenia y comunicación desviada, pero no se han hallado argumentos para establecer una relación causal de la esquizofrenia debido a los patrones de comunicación desviada. Mayor detalle al respecto es posible encontrar en la bibliografía (Camacho, 2005; Kymalainen y Weisman de Mamani, 2008; Wynne, 1994).

#### ***d) Características Generales y Objetivos***

Trabajo individualizado para cada familia, confiando en sus fortalezas.

#### ***e) Estudios Empírico***

Sólo se han hallado análisis teóricos al respecto (McFarlane et al., 2003).

### ***Los programas educativos de familia-a-familia de la NAMI***

Desarrollados por la Alianza Nacional para la Enfermedad (NAMI en inglés) como formalización de las intervenciones grupales de autoayuda.

#### ***a) Características Generales y Objetivos***

Grupos de autoayuda con el liderazgo de un miembro capacitado, a veces junto a un profesional. Sus objetivos se centran, principalmente, en ayudar a la familia y cuidadores, sobre todo en auto-eficacia y el empoderamiento.

#### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

12 sesiones con frecuencia semanal focalizadas en educación y en habilidades de afrontamiento.

#### ***c) Etapas de la Intervención***

Comienza con la entrega de instrucciones e información actualizada: fármaco-terapia, efectos secundarios, biología cerebral e intervenciones con fundamento. Se desarrolla un plan de prevención de recaídas, estrategias de afrontamiento, toma de decisiones, relaciones y empoderamiento, así como técnicas de comunicación y escucha. Se exponen historias de otros

familiares y se interviene sobre el auto-cuidado del cuidador. Asimismo, se entrega información sobre recursos sanitarios y de apoyo en la comunidad.

#### ***d) Modelo de Trabajo***

Se enmarca dentro del modelo de trabajo de autoayuda, bajo una institución organizada como la NAMI. Se desarrollan en un marco de empatía y entendimiento de la particularidad de cada caso, siguiendo el modelo de auto-ayuda. Se utilizan desde antes de la fundación de la organización en 1979.

#### ***e) Estudios Empíricos***

Se han encontrado efectos en el empoderamiento, reducción del displacer y preocupación acerca del familiar enfermo. Estos beneficios se han mantenido hasta los seis meses (Dixon et al., 2004; Dixon et al., 2001).

### ***La psicoeducación (Andaluza) de Muela y Godoy***

Intervención desarrollada en Andalucía, específicamente en Granada, Jaén y Málaga. Sus principales objetivos son reducir la alta emoción expresada, incrementar los conocimientos familiares y disminuir el estrés y la carga subjetiva.

#### ***a) Características y Objetivos Generales***

Es un modelo que, de acuerdo a la clasificación de McFarlane, Dixon, Lukens y Lucksted (2003), puede ser clasificado como de segunda generación al integrar elementos de modelos publicados con anterioridad, como el de Anderson y el de Falloon, principalmente. Ha sido diseñado y evaluado en familias con alta emoción expresada, entregando información y mejorando el clima familiar.



### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Se desarrolla en un entorno clínico, tiene una duración de dos años y una frecuencia semanal, al menos durante el primer año. Incluye llamadas telefónicas de seguimiento durante el segundo año. Los participantes dependen de la fase en que se encuentre la intervención.

### ***c) Etapas de la Intervención***

Consta de cuatro fases. En la primera se evalúa la emoción expresada (debiendo ser alta); que el paciente haya recaído durante los últimos dos años y que se medique regularmente. En la segunda fase se realizan 15 sesiones psicoeducativas con frecuencia semanal, sin la presencia del enfermo. La tercera fase es una intervención individualizada para cada familia incluyendo al enfermo en donde, durante 15 sesiones con frecuencia semanal, se intentan realizar modificaciones para mejorar el clima familiar y disminuir el estrés. La última fase implica el seguimiento por medio de llamadas telefónicas quincenales, durante un año, donde se indaga el estado general del enfermo, el cumplimiento de la medicación y la satisfacción familiar.

### ***d) Modo de Trabajo***

Sigue los modelos de trabajo de Anderson, Falloon y toma algunas características de Leff. De este modo, establece una fuerte alianza entre familia y equipo de intervención. Desarrolla el método de solución de problemas, e intenta brindar apoyo domiciliario mediante contacto telefónico.

### ***e) Estudios Empíricos***

Recaídas a los 12 meses significativamente menores en relación al tratamiento habitual, así como reducción significativa de la emoción expresada, carga y estrés; junto a un incremento significativo de los conocimientos sobre la enfermedad (Muela-Martínez y Godoy-García, 2001a).

## ***Las intervenciones en grupos multifamiliares de McFarlane***

Consideradas como una segunda generación de intervenciones psicoeducativas debido a que integran desarrollos anteriores (McFarlane et al., 2003). Pueden ser definidas como intervenciones integradoras en un formato multifamiliar, donde se hace énfasis en el desarrollo y aumento de las redes sociales de los participantes.

### ***a) Características Generales y Objetivos***

Realiza intervenciones psicoeducativas como Anderson. Manejo conductual como Falloon e incorpora a múltiples familias como agregado. Y, como componente fundamental y característico, está el desarrollo de encuentros multifamiliares que intentan disminuir el aislamiento y promover las redes sociales (McFarlane, 2002).

### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

En un principio, en el período de reclutamiento, considera hasta unas tres sesiones unifamiliares (Jewell, Downing, y McFarlane, 2009). Posteriormente, se desarrollan grupos multifamiliares que incluyen la participación del paciente.

### ***c) Etapas de la Intervención***

La primera fase es similar a la propuesta en la psicoeducación de Anderson, intentando reclutar a cada familia en un formato unifamiliar. A continuación, se desarrollan los talleres de educación para comenzar las sesiones en una red social “*curativa*”. Posteriormente, se realiza la resolución de problemas enfocándose en la rehabilitación.

### ***d) Modo de Trabajo***

Sigue estrictamente los principios ya señalados, pero adicionalmente, cuenta con una estructuración de cada sesión que considera: una socialización inicial de 15'; una vuelta por diversos temas pertinentes (20'); la selección de un problema (5'); la resolución del problema (45') y la socialización final que abarca 5'. De este modo, la sesión contempla, al menos, unos 90 minutos.

### ***e) Estudios Empíricos***

Se obtienen tasas significativamente menores de recaída a los cuatro años comparada con intervención unifamiliar y terapia dinámica multifamiliar (McFarlane, 1994; McFarlane, Link, Dushay, Marchal, y Crilly, 1995; McFarlane, Lukens, Link, Dushay, y Deakins, 1995). Últimamente también se han reportado aplicación de este modelo en primeros episodios de esquizofrenia (Breitborde et al., 2011).

### ***El programa psicoeducativo del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Zamora***

Programa desarrollado en Zamora, España, y formalizado en un documento del año 2005. Puede ser considerada una intervención centrada en la entrega de información en un formato multifamiliar. Se desarrolla en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zamora (CRPS) (Anexo 2).

#### ***a) Características Generales y Objetivos***

La psicoeducación pretende aumentar el confort y la calidad de vida de las familias, promoviendo la aceptación de la enfermedad; potenciando y desarrollando habilidades de afrontamiento.

#### ***b) Encuadre, frecuencia, duración y participantes***

Se desarrolla en contexto clínico con una frecuencia flexible semanal o quincenal. Consiste en 18 sesiones altamente estructuradas, cada una de las cuales tiene una duración de 1 hora aproximadamente. Participan solamente familiares.

#### ***c) Etapas de la Intervención***

Se divide en dos etapas, una informativa y otra experiencial. El módulo informativo implica nueve sesiones en donde se entrega información respecto a salud mental, diagnóstico y tipos

de esquizofrenia, causas y curso de la enfermedad, tratamientos, prevención de recaídas y recursos psicosociales. Durante la fase experiencial se desarrollan sesiones que abordan temas relativos a cómo mejorar el clima familiar, comunicación, habilidades sociales, solución de problemas y afrontamiento de la enfermedad.

#### ***d) Modo de Trabajo***

Se desarrolla un trabajo principalmente expositivo, tipo seminario. Se utiliza un cuadernillo de apoyo familiar.

#### ***e) Estudios Empíricos***

No cuenta con estudios empíricos sobre sus efectos salvo un análisis que formó parte de las primeras etapas de esta investigación (Soto-Pérez, 2008).

### ***Aspectos comunes y diferenciales entre las intervenciones psicoeducativas familiares***

De acuerdo a las revisiones consultadas, las intervenciones psicoeducativas familiares, cuentan con elementos comunes y específicos, los cuales son presentados en el Tabla 7 (Dixon, Adams, y Lucksted, 2000; McFarlane et al., 2003; Pharoah et al., 2006; Tarrier y Barrowclough, 1995; Vallina-Fernández y Lemos-Giráldez, 2000). Asimismo, se presenta una Tabla resumen de los diferentes modelos descritos (Tablas 8 y 9).

El análisis de la Tabla 7 indica que las diferentes intervenciones psicoeducativas se asimilan en el contenido o técnicas que utilizan sus intervenciones. De este modo, toda intervención psicoeducativa debe incluir la entrega de información y utilizar la resolución de problemas entrenando a sus participantes a manejar la enfermedad. Así también, la intervención psicoeducativa debe brindar apoyo familiar y orientar la reacción en crisis.

**Tabla 7:** Aspectos comunes y diferenciales en las intervenciones psicoeducativas

<i>Elementos Comunes</i>	<i>Aspectos diferenciales</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrega de información</li><li>• Solución de Problemas</li><li>• Entrenamiento en el manejo de la enfermedad</li><li>• Apoyo familiar</li><li>• Intervención en Crisis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uni o multifamiliar</li><li>• Aplicación en el hogar o en entorno clínico</li><li>• Inclusión o exclusión del paciente</li><li>• Duración de la intervención</li><li>• Fase de la enfermedad en el momento de la intervención</li><li>• Énfasis que se le da a alguno de los principios o técnicas psicoeducacionales</li></ul>

Las diferencias se refieren particularmente al formato y el contexto en donde se desarrolla la intervención. Así, existen intervenciones uni o multi familiares, dependiendo si se incluyen una o varias familias. La psicoeducación puede desarrollarse en el domicilio de la familia o en un centro de salud, y pueden diferir en su duración, desde seis semanas hasta superar los dos años.

Otra característica que suele diferenciar a las intervenciones psicoeducativas es la inclusión o exclusión del paciente. Frente a ello se debe señalar que la literatura está informando que las intervenciones ven potenciada su efectividad cuando incluyen al paciente, por lo que en el futuro este elemento dejaría de ser diferencial ya que sería un elemento que potencia la efectividad (Fadden, 1998; Kuipers et al., 2004; Montero y Asencio, 2002).

Incluso, actualmente, las intervenciones psicoeducativas se están diferenciando de acuerdo al tipo de pacientes que abordan y el momento de la enfermedad en que se desarrollan. Por ejemplo, se ha descubierto que las intervenciones en primeros episodios difieren de las que son útiles en enfermedades residuales (Montero y Asencio, 2002).

Finalmente, las diferencias entre los diversos modelos psicoeducativos se refieren al énfasis que le otorgan a cada uno de los elementos comunes. De este modo se pueden hallar intervenciones centradas principalmente en la entrega de información y otras centradas en el apoyo social. Justamente, los desafíos que actualmente está abordando la investigación en psicoeducación se refiere a determinar los componentes y situaciones en que cada “*ingrediente*” psicoeducativo es más pertinente.

Para comparar los resultados de los modelos psicoeducativos fundamentales, es posible revisar la Tabla 9. Las Tablas 8 y 9 han sido ordenadas ascendentemente por año, por lo que su análisis refleja una mayor complejidad de los modelos psicoeducativos desde el año 1978, ya

que se van agregando elementos. También, se observa como las intervenciones tienden a aumentar su duración, lo que implica una variedad de áreas de intervención que las hace más complejas y demandantes para sus terapeutas.

En la Tabla 9 se observan características de formato, contexto y los resultados que serán resumidos en el siguiente punto de esta revisión. Al observar la Tabla 9 no queda claro si prima el formato uni o multi familiar, pero si es posible señalar que la incorporación del paciente se vuelve fundamental en los últimos estudios.

**Tabla 8:** Comparación de los modelos psicoeducativos fundamentales (Identificación)

<b>Tipo</b>	<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Duración</b>	<b>Característica principal</b>
En crisis	1978	Goldstein	6 semanas	Durante la hospitalización aguda
Familia-a-Familia	1979	Nami	12 sesiones	Grupos de Autoayuda
Psicoeducación	1980	Anderson	2 años	Búsqueda de reintegración y vinculación con los servicios
Dinámica	1984	Köttgen	2 años	Orientación dinámica
Conductual	1984	Falloon	2 años	Solución de problemas
Psicosocial	1985	Kuiper y Leff	2 años	En domicilio, fuerte énfasis en emoción expresada
Cognitivo Conductual	1988	Tarrier y Barrowclough	9 meses	Elementos cognitivos y manejo del estrés
Consultoría	1994	Wynne	Depende	Sin agenda predefinida
Multifamiliar	1994	McFarlane	Más de 2 años	Realce de redes sociales
Andalucía	2001	Muela	2 años	Integrador
Zamora	2005	INTRAS	19 sesiones o 9 meses	Entrega de información

**Tabla 9:** Comparación de los modelos psicoeducativos fundamentales

Tipo	¿Incluye paciente?	Uni/Multi Familiar	Principales Resultados
En crisis	-	U	Mejores resultados en mujeres con pobre funcionamiento previo Mejor funcionamiento familiar Aumento de la comprensión familiar Su efecto se extingue a los 6 meses
Familia-a-Familia	-	M	No identificados
Psicoeducación	+	U	Disminución de recaídas No impacta funcionamiento del paciente Resultados similares en primeros episodios Disminución descriptiva de la emoción expresada
Dinámica	Separados	M	No reporta reducción significativa de las recaídas o de la emoción expresada
Conductual	+/-	U	Disminución de recaídas hasta a los 2 años Mejor funcionamiento familiar Disminución de la carga familiar Menores costos Otros estudios no reportan diferencias con terapia de apoyo, terapia individual y hasta cuidados habituales.
Psicosocial	+	U	Menores recaídas hasta a los 2 años
Cognitivo Conductual	+	U	Menores recaídas hasta a los 2 años Otros estudios no reportan diferencias significativas en sintomatología o carga familiar
Consultoría	+/-	U	No identificados
Multifamiliar	+	M	Recaída significativamente menores hasta a los cuatro años comparada con intervención unifamiliar y terapia dinámica multifamiliar Recaídas significativamente menores al año comparadas con el tratamiento habitual
Andaluza	+/-	M/U	Reducción significativa de la emoción expresada, carga y estrés. Aumento significativo de los conocimientos sobre la enfermedad
Zamora	-	M	No identificados

### ***Principales resultados de las intervenciones psicoeducativas familiares en la esquizofrenia***

Las intervenciones familiares en los pacientes con esquizofrenia han puesto de manifiesto una serie de logros. Los fundamentales y ampliamente reconocidos se refieren a la reducción en el riesgo de recidivas; así como la mejora de la toma sistemática de la medicación. Por otro lado, este tipo de intervenciones se asocian con el desarrollo de una vida menos tensa, lo que

en definitiva hace considerar que este tipo de intervenciones puede producir beneficios mucho más amplios que otros tipos de intervenciones psicosociales (Montero y Asencio, 2002).

No obstante, se debe tener en cuenta que para lograr estos efectos las familias y los pacientes debería estar dispuestos a mantener un el contacto prolongado con los servicios asistenciales, ya que para que la intervención surta efectos duraderos estas debe abarcan entre nueve y 12 meses (McFarlane et al., 2003). Otros estudios sostienen que logran efectos robustos, son aquellos que se prolongan por más de seis meses; que incorporan fuertemente la resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, expansión de las redes sociales y el entrenamiento en habilidades de comunicación, logran efectos robustos (Linszen et al., 1996).

Debe señalarse, que a pesar de los resultados y publicaciones sobre la intervención, así como la recomendación de guías clínicas sobre su uso en el tratamiento básico de la esquizofrenia; su desarrollo en dispositivos asistenciales suele ser muy baja, tanto así que algunos autores sostienen que *"...el apoyo y la información a las familias representan, probablemente, la estrategia social empíricamente validada más infrutilizada de las que existen..."* (Montero y Asencio, 2002, p. 48). A pesar de lo anterior, el momento actual de la investigación en psicoeducación ha avanzado hacia la comparación de modelos y formatos específicos para determinar su eficacia en cada caso y situación.

A la poca utilización y el desconocimiento del modelo psicoeducativo se suman las dificultades de acceso que presentan las familias a este tipo de intervenciones (Higuera Romero, 2005; Magliano et al., 2006). Estas dificultades de acceso, en un principio, han sido relacionadas con el temor a la estigmatización de las familias; la dedicación que deben brindarle a una intervención que les exige tiempo y estrés; y el temor a ser culpabilizados en este tipo de intervenciones (Tabla 10). Estos problemas de acceso a la psicoeducación se hacen mayores en entornos rurales, en donde la cohesión social puede favorecer la estigmatización; las distancias son mayores y el desconocimiento respecto a la enfermedad y sus tratamientos es mayor (Arcury et al., 2005; Benito-Sánchez, 2009; Hauenstein et al., 2006).

A continuación se presentan los resultados fundamentales de las intervenciones familiares. Estos indican que las intervenciones psicoeducativas familiares en esquizofrenia son un tipo de tratamiento altamente recomendado y satisfactorio. Sus efectos van desde los muy específicos y deseables como la reducción de recaídas, hasta otros generales y más ansiados aún, como la mejora de la calidad de vida.



**Tabla 10:** Dificultades de acceso a las intervenciones psicoeducativas

- 
- Escasa utilización del modelo psicoeducativo por parte de los servicios de sanitarios
  - Desconocimiento del modelo psicoeducativo por parte de los servicios y profesionales
  - Temor de las familias a una posible estigmatización
  - Resistencia por parte de las familias a enfrentar el estrés que provoca afrontar el manejo de la enfermedad
  - Temor por parte de las familias de ser culpabilizados o cuestionados en cuanto al manejo o trato que hacen de la persona enferma
  - Temor a la pérdida de privacidad y anonimato
  - Requerimiento de tiempo para asistir por parte de toda los miembros de la familia
  - Distancia y facilidad de acceso (transporte) entre el domicilio y el centro en que se desarrolla la intervención
  - Desconocimiento respecto a la enfermedad, su evolución y tratamiento
- 

### ***Reducción de los ingresos***

La bibliografía consultada señala que uno de los principales efectos de las intervenciones psicoeducativas para familiares es la disminución de los ingresos en el hospital. Por ejemplo, Pharoah et al. (2006), realizaron un meta-análisis en el cuál concluyen que en un seguimiento de más de 18 meses la intervención familiar reduce significativamente el ingreso al hospital. Otros, como McFarlane (2003), señalan que la tasa de recaídas es de un 20% comparada con el 50% de quienes reciben los cuidados habituales en el transcurso de dos años.

Pero, si se considera un período de un año, los resultados son algo más heterogéneos debido a un estudio que arrojó resultados extremadamente negativos para la intervención (Pharoah et al., 2006). Finalmente, después de dos años, la psicoeducación reduciría en un 30% la cantidad de ingresos psiquiátricos de quienes reciben la intervención al ser comparados con un grupo control (Anderson et al., 1988; Pharoah et al., 2006).

### ***Reducción de los días de hospitalización***

No son muchos los estudios que valoran sobre los días de hospitalización del grupo experimental en comparación con el grupo control. Uno de ellos registran una reducción significativa de los días de hospitalización en un seguimiento de un año: de 24 días en el grupo control a 7,9 en el grupo que recibe la intervención (Xiong et al., 1994). De este modo, la psicoeducación no solo reduce la cantidad de ingresos, sino que también disminuiría la

prolongación de los mismos. Las personas que reciben psicoeducación ingresarían menos y cuando lo hacen, la hospitalización sería más breve.

### ***Disminución de recaídas***

Los diversos estudios no han definido de manera homogénea los eventos de recidivas. Algunos lo asimilan a la hospitalización; otros lo definen como un empeoramiento sintomático; e incluso existen aquellos que lo definen como un cambio en la medicación. Pharoah et al. (2006), reunieron todos estos criterios en una tasa de *eventos de recidiva*, cuyo análisis concluye que la intervención disminuye las recaídas al año, efecto que comienza a volverse equívoco a los 3 años, existiendo sólo estudios con pocos casos que informan de un efecto de reducción de recaídas a los cinco y ocho años. Otros estudios han señalado una disminución de la sintomatología psiquiátrica, incluyendo el síndrome deficitario (Falloon y Pederson, 1985; McFarlane, Lukens et al., 1995)

### ***Cumplimiento de la medicación***

De acuerdo a un meta-análisis la intervención psicoeducativa para familiares promueve que los pacientes continúen con la toma de medicación más tiempo que el grupo control (Girón et al., 2010; Hogarty et al., 1991; Pharoah et al., 2006; Xiong et al., 1994).

### ***Funcionamiento socio-laboral***

Se señala que la intervención psicoeducativa para familiares reduce significativamente el deterioro social general durante los 9 meses posteriores a la intervención (Anderson et al., 1988; Montero, Masanet, Bellver, y Lacruz, 2006; Pharoah et al., 2006). Incluso se señala que pareciera que la intervención psicoeducativa favorece la capacidad de trabajo de los pacientes, pero los resultados al respecto no son significativos y son demasiados heterogéneos (Falloon y Pederson, 1985; McFarlane, Lukens et al., 1995). De hecho, con ciertos límites, existiría una relación inversa entre emoción expresada (EE) y funcionamiento laboral; en donde familias con un nivel moderadamente alto de EE, se relacionan con un mejor funcionamiento laboral de sus parientes enfermos (Kymalainen y Weisman de Mamani, 2008; Linszen et al., 1996).

## ***Resultados en los familiares***

Si bien los resultados familiares no son unívocos los efectos que se han detectado se relacionan con el empoderamiento familiar ante la enfermedad (Dixon et al., 2004). La intervención familiar mejora la capacidad de los familiares para comprender a los pacientes, reduce la carga percibida por los cuidadores y disminuye la emoción expresada (Pharoah et al., 2006; Tarrier et al., 1988).

Otros estudios señalan un aumento del apoyo social, una mejora en la calidad de vida y una mayor satisfacción con los servicios (Falloon y Pederson, 1985; McFarlane, 2002; Pharoah et al., 2006). Específicamente, se ha identificado que un grupo psicoeducativo de un año de duración seguido de un grupo de apoyo durante cuatro años logra reducir la morbilidad de los cuidadores significativamente (Montero, Masanet, Lacruz et al., 2006).

De este modo, los efectos de las psicoeducaciones en los familiares cuidadores se refieren a una mejora del empoderamiento; la capacidad de comprensión; el apoyo social; la calidad de vida; la satisfacción con los servicios y la salud. Así como una disminución de la carga percibida por los cuidados y una menor emoción expresada.

## ***Costos***

En general, los estudios que analizan el costo de la intervención registran una disminución del gasto desde un 20% a un 58% a favor de la intervención familiar (Falloon, Boyd, y McGill, 1984; McFarlane, Lukens et al., 1995; Pharoah et al., 2006; Tarrier et al., 1988). Esta disminución de costes se produce, principalmente, por el menor uso de la hospitalización y de consultas de urgencias (Montero y Asencio, 2002). La consideración del gasto familiar en relación a la enfermedad y el impacto de la psicoeducación en este ámbito, es un variable que debe ser abordada más profundamente (Lauber, Keller, Eichenberger, y Rossler, 2005).

## ***Una mirada hacia el futuro de la investigación en psicoeducación familiar en esquizofrenia***

Actualmente, en la tercera generación de modelos psicoeducativos las investigaciones se dirigen a desarrollar y evaluar programas de intervención específicos para diversas poblaciones

particulares. Por ejemplo, se están desarrollando formatos para intervención a distancia (Glynn, Randolph, Garrick, y Lui, 2010; Rotondi et al., 2005), otros estudios se abocan a determinar intervenciones para cada momento de la enfermedad (Breitborde et al., 2011; De-Haan et al., 2001; Gleeson et al., 2010), comparar formatos (Bechdolf et al., 2010; Breitborde et al., 2011; Buksti et al., 2006) y, hasta transferir el modelos a otras patologías (Goldstein y Miklowitz, 1995).

Una tendencia que se ha comenzado a desarrollar a partir del segundo lustro del siglo XXI es la combinación de los modelos psicoeducativos con otros tratamientos psicosociales así como la especificidad de las intervenciones psicoeducativas según el perfil de los participantes. Por ejemplo, se han realizado estudios que abordan la combinación de psicoeducación y rehabilitación cognitiva (Jahn et al., 2011), o las necesidades particulares y diferenciales entre padres y madres (Wancata et al., 2008). Incluso se ha comenzado a definir la cantidad de participantes adecuado y la cantidad de tiempo indicada para lograr efectos en el conocimiento (Sota et al., 2008). Todo ello apunta a un refinamiento y especificación de la intervención psicoeducativa.

Así, se ha sostenido que las intervenciones para pacientes con una evolución más larga deberían centrarse en el apoyo, mientras que en primeros episodios deberían centrarse en la unidad familiar. Así, un tipo de tratamiento debe trabajar con esquizofrenias en fase “*defectual*”, crónica o “*invalidante*”; mientras que el marco unifamiliar se aconseja utilizar en el contexto de una enfermedad en la que es necesaria la rehabilitación y la rápida reintegración social (Montero y Asencio, 2002). Incluso, todo el desarrollo de los modelos psicoeducativos lleva a que comiencen a ser examinados desde el punto de vista de gestión y financiación; así los resultados apuntan a que la psicoeducación reduce de forma importante los costos médicos, hospitalarios y familiares (Mino, Shimodera, Inoue, Fujita, y Fukuzawa, 2007)

Por otro lado, se han desarrollado estudios en la aplicación del modelo psicoeducativo en depresión unipolar, obesidad, y trastornos bipolares, incluso se aconseja su aplicación en todo trastorno en que el estrés familiar tenga un efecto pronóstico (Goldstein y Miklowitz, 1995).

Otro elemento de interés hacia futuras investigaciones se relaciona con la clara tendencia hacia la extinción del efecto de la psicoeducación (Fadden, 1998; Goldstein y Miklowitz, 1995; Montero, Masanet, Bellver et al., 2006). Esta tendencia a la extinción ha llevado a que los investigadores comiencen a formular nuevos formatos que permitan continuar la intervención

más allá de los dos años sin desincentivar la participación. Estos formatos se caracterizan por el formato de la autoayuda (Dixon et al., 2004; Fadden, 1998; McFarlane et al., 2003).

Así, el campo de la psicoeducación sigue un curso fecundo (Rummel-Kluge y Kissling, 2008a, 2008b), como lo demuestra que durante los últimos 4 años se duplicarán las publicaciones presentadas durante los 5 años previos<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Ver Figura 1, pp 48.



## ***II. LAS CIBERTERAPIAS UN COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN TRADICIONAL QUE FACILITA EL ACCESO A SERVICIOS***

Como se establece más adelante en la Metodología de este estudio<sup>13</sup>; el presente trabajo se enmarca en la población de referencia de la Provincia de Zamora. Esta población se caracteriza por la ruralidad y los problemas de acceso a servicios<sup>14</sup>. Estos mismos problemas de accesibilidad, esta vez expresado en dificultades de participación, han sido referidos en la revisión abordada en las intervenciones psicoeducativas<sup>15</sup>. De este modo, los servicios de salud mental deben buscar alternativas que permitan superar estas dificultades. A continuación se presentan las ciberterapias como alternativa y complemento de la psicoeducación tradicional que podrían colaborar a superar o minimizar el acceso a la salud de las poblaciones rurales.

Ante las dificultades de acceso, la necesidad de buscar alternativas de tratamientos a las personas con esquizofrenia y la importancia de prolongar los efectos de las intervenciones

---

<sup>13</sup> Pp. 209-266.

<sup>14</sup> Pp. 184-191.

<sup>15</sup> Pp. 53-110.

psicoeducativas; hacía necesario examinar algunas alternativas que pudieran facilitar el acceso de los usuarios a los diferentes servicios, mejorando la equidad. Dentro de las alternativas para facilitar el acceso, durante los últimos cinco años, han surgido las ciberterapias.

Para desarrollar el marco conceptual referido a las ciberterapias se realizó toda una metodología de búsqueda bibliográfica que ha sido resumida en el apartado sobre la metodología utilizada en esta investigación<sup>16</sup>. Al respecto, es importante señalar la necesidad que hubo de definir un glosario de términos<sup>17</sup> y palabras claves para abarcar toda la bibliografía disponible. Las ciberterapias al igual que las psicoterapias, son términos polisémicos (Andersson, 2009), por lo que la búsqueda bibliográfica requiere abarcar la mayor cantidad de acepciones posibles.

Al examinar alternativas frente a las dificultades de acceso como estrategias emergentes, actualmente surgen las “*Tecnologías de la Información y la Comunicación*” (TICs). Por ello, en el presente capítulo, se intentará establecer su relación con la psicoterapia y la salud mental. Se comenzará definiendo algunos conceptos; se abordarán las principales ventajas y desventajas de su uso; y se señalarán aspectos a considerar en el desarrollo e implementación de intervenciones a distancia. Además, se describirán algunas intervenciones que utilizan las TICs para su implementación y, finalmente, se plantearán algunas conclusiones.

Se debe aclarar que se han dejado de lado las intervenciones que utilizan la realidad virtual, intentando centrarse sólo en las que se basan en internet<sup>18</sup>.

### ***Breve historia de la ciberterapia***

Según algunos autores las ciberterapias comienzan a utilizarse desde mediados de la década de 1990 (Ainsworth, 2001; Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, 2008); mientras otros (Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes, y Jiménez, 2010), sostienen que este tipo de tratamiento tienen su origen en la década de 1960 cuando Wittson, Affleck, y Johnson (1961), emplearon la videoconferencia y cuando Weizembaum (1966), diseñó el programa ELIZA y su

---

<sup>16</sup> Ver Método Bibliográfico pp. 213-215.

<sup>17</sup> Ver Anexo 1: Glosario de términos.

<sup>18</sup> Esta aclaración es necesaria debido a que algunos autores definen como ciberterapia a aquellos que utilizan realidad virtual.



aplicación *DOCTOR* para simular las respuestas de un terapeuta de orientación “Rogeriana”. Incluso, ya en el año 1969 las pruebas de inteligencia de Wechsler habían sido informatizadas para su aplicación mediante ordenadores (Elwood y Griffin, 1972)<sup>19</sup>.

Las diferencias en determinar la fecha de inicio de las ciberterapias se encuentra en el tipo de definición que utilizan cada uno. Unos se ciñen a la utilización de internet como medio para desarrollar ayuda psicológica; y otros, consideran que la incorporación del ordenador y la distancia entre terapeuta y usuario son elementos que ya se relacionan estrechamente con las ciberterapias (Conde, Franco-Martín, y Macías, 1994).

Como primer cruce entre psicología y ordenadores puede señalarse el artículo de Leavitt, Stone, y Wrigley (1954), en el cual los autores señalan la utilidad de este tipo de tecnología en la corrección de pruebas, animando a la APA a comprar este tipo de equipamiento. De hecho los autores utilizan el neologismo de “*psycheac*”, para referirse a esta práctica [*psychology + electronic + computers*]. Este artículo, posteriormente fue comentado y apoyado por Ward (1954). Dichos planteamientos también fueron aportados por Meehl (1954). Estas publicaciones señalan la utilidad de los ordenadores en la corrección de pruebas y análisis estadístico; por lo que pueden ser un remoto antecedente de la ciberterapia.

En un inicio la investigación en ciberterapia se limitó a conocer las posibilidades técnicas, por lo que la mayor parte de los estudios son del tipo caso clínico. Posteriormente, el foco de la investigación estuvo puesto en el grado de satisfacción que obtenían tanto terapeuta como cliente con la nueva tecnología (Giles, 2001). A continuación, se comenzaron a desarrollar líneas de investigaciones amplias y variables que comenzaron a indagar aspectos específicos del traspaso del modelo psicoterapéutico tradicional al ciber-espacio. Así, se desarrollaron investigaciones sobre alianza de trabajo, implementación, prejuicios, actitudes y costes (Germain, Marchand, Bouchard, Guay, y Drouin, 2010; Skewes, 2007; A. Skinner y Gary Latchford, 2006; Sorbi y Riper, 2009).

Junto a la fase anterior, la investigación sobre ciberterapias se desarrolla en el área de la eficacia, comparándolos con tratamientos tradicionales. Finalmente, y en la actualidad han comenzado a desarrollarse investigaciones mediante meta-análisis (Armstrong, 2006; Barak et al., 2008; García-Lizana y Muñoz-Mayorga, 2010; Hylér, Gangure, y Batchelder, 2005); así como estudios más complejos y específicos que abordan las diferencias que existirían entre las

---

<sup>19</sup> Por ejemplo, Hedlund, Vieweg, y Cho (1985), realizan una revisión respecto al uso de ordenadores en salud mental hasta la década de 1980.

diferentes tipos de psico-tecnologías que se utilizan y hasta el impacto de los factores de personalidad en el éxito terapéutico (Andersson, 2009).

Todos los desarrollos de tele-salud (incluyendo la biblio-terapia y los tratamientos por correspondencia), pueden ser considerados antecedentes remotos de las ciberterapias. Lo mismo ocurre con la incorporación de los ordenadores e internet en actividades relacionadas con la salud. Junto con lo anterior, los primeros hitos en el desarrollo de las ciberterapias es el desarrollo de internet. Esta red de ordenadores comienza en el año 1961 y en 2006 alcanza los 1.100.000.000 usuarios (Wikipedia, 2011). Específicamente en cuanto a las ciberterapias, en el año 1995 ya existen los primeros sitios de atención particular y pagados (Ainsworth, 2001; Barak et al., 2008). Posteriormente, en 1997, ante la emergencia de las ciberterapias la APA (American Psychological Association), publica una serie de sugerencias y apreciaciones sobre este medio terapéutico, criticando su utilidad y señalando que era un medio muy limitado y poco recomendable (APA, 1997). Esta publicación sintetiza la apreciación que, pasados 15 años, siguen teniendo una gran cantidad de profesionales (y sobre todo psicólogos) de la salud acerca de las ciberterapias (Soto-Pérez, de Vena Diez et al., 2010).

En 1998 se publica el primer volumen de la revista "*Cyberpsychology & Behavior*", una de las revistas más importantes referidas a la ciberterapias. Actualmente su nivel de impacto es de 1.591 (Thompson-Reuters, 2010). La APA, tres años después de haber desconsiderado las posibilidades de internet desarrolla una mesa de trabajo que concluye con el simposio "*Innovations in Practice-On-Line Therapeutic Interventions and E-Therapy*", expuesto en su 108ª convención. Posteriormente, en el año 2004 Suler, publica un influyente artículo denominado "*The online disinhibition effect*"; en donde aborda las consecuencias de la ausencia de contacto cara a cara en las interacciones online (Suler, 2004). Este artículo estuvo orientado hacia las oportunidades y los posibles problemas que pueden generar las interacciones online.

El año 2005, se publica un meta-análisis sobre la comparación de la valoración psiquiátrica presencial y a distancia. En esta investigación no se hallaron diferencias significativas (Hyler et al., 2005). Posteriormente, en 2008, se publica un exhaustivo meta-análisis sobre ciberterapia en donde se refleja la alta eficacia de estas herramientas de tratamientos (Barak et al., 2008). Todo lo anterior refleja el vertiginoso desarrollo de las ciberterapias pero, a pesar de los avances y desarrollo sobre atención a distancia y por internet; la APA aún no establece elementos éticos específicos para este tipo de atención.

En cuanto a los lineamientos éticos respecto a la ciberterapia, el Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP), no establece normas específicas para la atención a distancia; por lo que se deben aplicar las directrices propias de la atención tradicional (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002). En general, las orientaciones éticas sobre ciberterapias se hallan en literatura científica (Maheu, 2003).

### ***Usos de las nuevas tecnologías en salud***

En 1960 se empezaron a usar las TICs en el ámbito de la salud para el envío de imágenes radiográficas (Schopp, Demiris, y Glueckauf, 2006). Hoy, el desarrollo, posibilidades y usos de las TICs en salud es inconmensurable. Se puede compartir fotografías, imágenes y videos; comunicar ideas por texto, por voz o imágenes; realizar cuestionarios on-line con resultados inmediatos y manteniendo un registro de los mismos; pueden utilizarse pizarras virtuales para potenciar explicaciones; y así existen entre muchos otros usos. En algo más de 45 años, las posibilidades que brindan estas tecnologías aumentan día a día, y parecieran ampliarse hasta horizontes aún inimaginables, como por ejemplo, la realidad virtual y las nuevas interfaces humano ordenador.

A pesar de lo anterior, y tomando en cuenta que en psicología el uso de las TICs a través de las videoconferencias comenzó sólo un año después que en el ámbito de la radiología (Wittson et al., 1961), llama la atención su escasa utilización y los prejuicios y críticas que generan (Rees y Stone, 2005; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010). Lo anterior se advierte en que, aunque estas herramientas pueden contribuir en múltiples aspectos del trabajo psicoterapéutico<sup>20</sup> (salvar toda un sesión para su análisis detallado o supervisión; enviar un e-mail entre sesiones para chequear y reforzar la realización de tareas; mantener una página web con información psicoeducativa así como con datos de contacto; y hasta diseñar un ambiente de exposición, por ejemplo, para un cliente fóbico), esas aplicaciones no han sido aprovechadas por los psicoterapeutas, surgiendo sólo de manera muy reciente intervenciones que las utilizan.

El uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación ha experimentado un gran auge en los últimos cinco años (Botella, 2008; Botella, Quero, Baños, y García-Palacios,

---

<sup>20</sup> Un ejemplo de posibles implementaciones de ciberterapia en salud puede encontrarse en Soto-Pérez, Franco Martín, y Jimenez (2010).

2009). Para analizar el desarrollo de la investigación en el área de las ciberterapias, a principios del año 2010 se realizó una búsqueda de los términos *internet* y *psychotherapy* en *PsycINFO*. Este ejercicio bibliométrico arrojó un total de 2.586 resultados. La misma búsqueda en CSIC obtuvo cinco resultados; en Teseo uno y en *Dissertations & Theses* 400 publicaciones. Todos estos datos fueron exportados al gestor de bibliografías *Endnote*<sup>®</sup> para su análisis. Al eliminar los registros duplicados se contó con un total de 2.962. Es conveniente señalar que, si bien estos datos son muy útiles para aproximarse de un modo general al ámbito de las ciberterapias, el solamente utilizar las palabras claves de “psicoterapia” e “internet” puede traducirse en un sesgo importante. Para ser más exactos aún, debiese realizarse una búsqueda con al menos otros diez términos de modo de abarcar de mejor forma los diferentes conceptos con los que suele referirse a las ciberterapias (*e-therapy, cybertherapy, internet therapy, distance therapy, computer therapy*; entre otros)<sup>21</sup>.

A continuación, en la Figura 4 se presenta la evolución de las publicaciones a lo largo de los años en el índice *PsycINFO*. En ella es posible observar que el cruce entre psicoterapia e internet surge el año 1996<sup>22,23</sup>, y las publicaciones comienzan a aumentar desde el año 2000. Interpretando estos datos es posible señalar que la psicoterapia y su relación con internet es un asunto científico al que se le comienza a prestar atención hace 11 años.

De todos estos artículos, 543 identifican el lugar de publicación, por lo que es posible señalar que la investigación en *psicoterapia* e *internet* se realiza, principalmente, en Estados Unidos (Figura 5). A mucha distancia se encuentra la producción canadiense, seguida de la europea. Particularmente en Europa es en Holanda, Inglaterra y Suecia en donde se hallan más

---

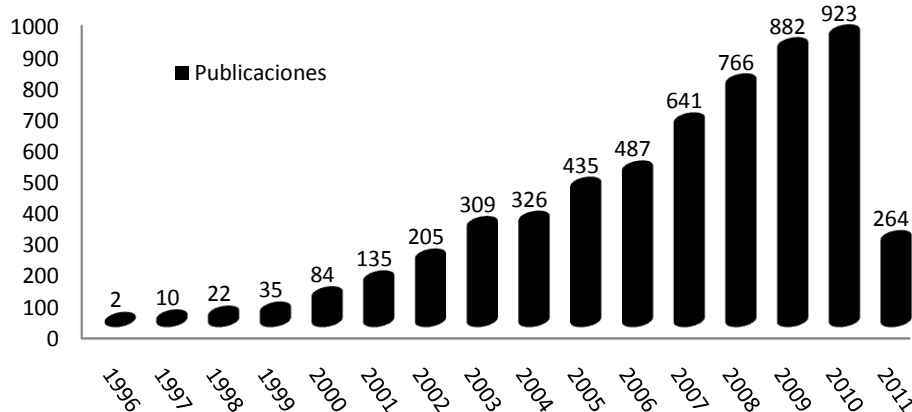
<sup>21</sup> Para mayor precisión respecto a los términos que debiese utilizarse en una búsqueda sobre ciberterapias revisar el apartado de Método y Procedimientos Bibliográficos que se encuentra a partir de la página 365.

<sup>22</sup> La primera publicación al respecto puede ser la de Huang y Alessi (1996), titulada *The Internet and the future of psychiatry* [La internet y el futuro de la psiquiatría]; en donde se reflejan muchos de los desafíos que imprime este medio a la salud mental; los posibles ajustes a realizar y las grandes ventajas que reportaría.

<sup>23</sup> Es importante señalar que si se incorporan nuevas publicaciones y si los índices bibliográficos de cada una de las publicaciones utilizadas se actualizan, los resultados señalados podrían variar. Por ejemplo, al consultar el tesoro del índice *PsycINFO* se señala que el término *Online Therapy*, fue introducido en el año 2003 y se refiere a una “...*therapy in which clinician and client are geographically separated and communicate via computer or other telecommunications media...*” [terapia en que terapeuta y el paciente se encuentran geográficamente separados y se comunican a través de ordenador u otros medios de telecomunicación]. La incorporación de este término llevó a una modificación de las bases de datos de *PsycINFO* que se tradujo en re-indexar el material disponible al respecto. Mientras, otros términos relacionados con la ciberterapia han sido incorporados en diferentes años: *Computer Applications* (1973); *Computer Assisted Therapy* (2007); *Computer Mediated Communication* (2003).

publicaciones; España aporta con el 0,4% de las publicaciones identificadas, superando a China y Sud África. En cuanto al idioma de publicación, la mayoría de los artículos se encuentran en inglés (3.415), seguidas por el chino (98), el alemán (78) y el español (23). Se realizó un breve análisis respecto al contenido de las publicaciones referidos a sus palabras claves. En esta línea parece que el área de intervención específica que se ha abordado en cuanto a la investigación son las adicciones (Figura 6).

**Figura 4:** Evolución de las publicaciones sobre psicoterapia e internet en PsycINFO\*



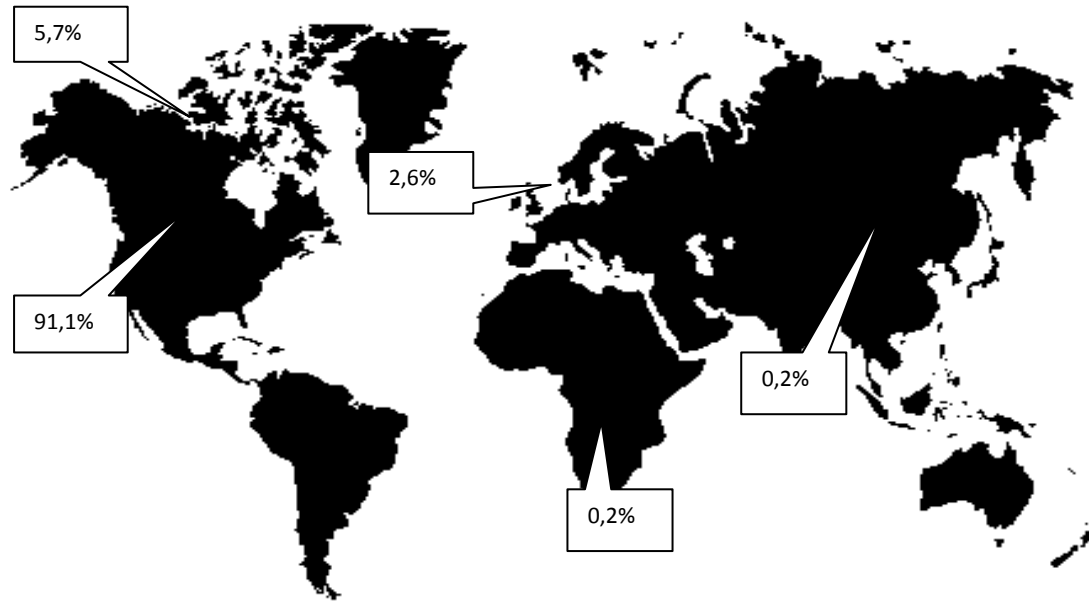
\*Datos hasta el 24 de Abril de 2011

Finalmente, una simple revisión en un buscador de internet como *Google*<sup>®</sup> de las palabras “*psicología online*”, en el año 2007 arrojaba unos 148.000 resultados en el mundo, de los que 121.000 eran páginas en español y 85.000 se ubicaban en España. La misma búsqueda el año 2008 informa de 157.000 (aumento del 29% en un año); en el año 2011 dicha búsqueda indica la existencia de 266.000 páginas web que contienen dichas palabras (aumento del 119% en cuatro años). La misma búsqueda realizada en el buscador de *yahoo*<sup>®</sup> indica que existen 365.000 resultados.

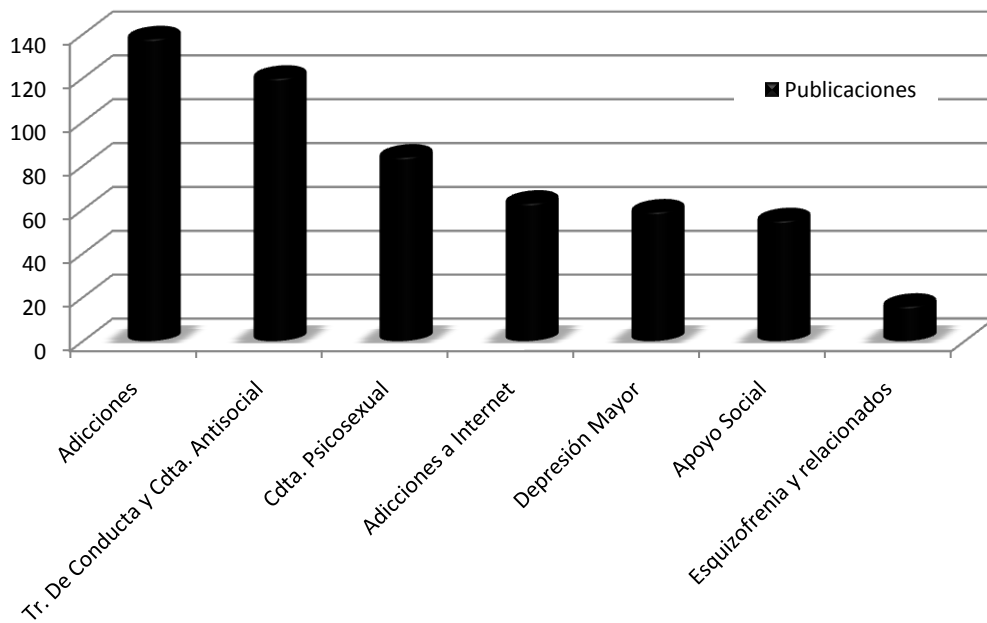
En cuanto al avance de las ciberterapias, Ainsworth y Barak et al. (2001; 2008), señalan que este tipo de intervenciones existirían desde 1995 como tratamiento privados y pagados. En 1999 existían 250 sitios web privados dedicados al tema; el año 2001, se estimaba que entre 5.000 a 25.000 mensajes diarios eran enviados a sesiones de ciberterapia (Freeny, 2001). Posteriormente, en el año 2006 sólo el sitio <http://www.mytherapynet.com> contaba con más de 1.000 terapeutas registrados que brindaban servicios a más de 5.000 usuarios (Lavalley, 2006). Las causas de esta expansión pueden relacionarse con el uso de internet; la

conveniencia que reporta el medio cibernético; el deseo del anonimato; la facilidad para comunicarse que brinda la tecnología; la accesibilidad; el deseo de continuidad en la denominada “*sociedad móvil*”; y la disminución de los costes (Finn y Bruce, 2008).

**Figura 5:** Lugar de publicación de los artículos sobre psicoterapia e internet



**Figura 6:** Algunas palabras claves en las publicaciones sobre psicoterapia e internet



En cuanto a las metodologías, al inicio las investigaciones sobre ciberterapias iban orientadas al estudio de caso, para pasar a continuación a valorar la satisfacción del terapeuta y el cliente con la nueva tecnología (Giles, 2001). En la actualidad ya se han desarrollado estudios que evalúan la efectividad de esta herramienta comparada con listas de espera o con intervenciones tradicionales, así como análisis de sus costos.

A pesar de este cambio en el foco de las investigaciones en ciberterapias, aún los tratamientos por internet deben continuar evaluando el grado de satisfacción debido a que cada nueva psico-tecnología o cada nuevo avance tecnológico proponen nuevos desafíos. Por ejemplo, no es lo mismo valorar una videoconferencia que se sustenta en una conexión de internet de 500KB a otra que lo hace en 6MB, ya que la calidad de la comunicación de una y otra es totalmente diferente.

Junto a esta permanente necesidad de investigar el grado de satisfacción, se han llevado a cabo algunas comparaciones mediante meta-análisis entre terapias online y cara a cara, las que han arrojado que ambas intervenciones son modalidades igualmente efectivas en algunas áreas (Hylar et al., 2005).

En este estudio (Hylar et al., 2005), los autores examinaron un total de 380 publicaciones entre 1956 y 2002 que abordaban la tele-psiquiatría, hallando un total de 14 estudios con más de 10 participantes. En ellos se comparaba la evaluación psiquiátrica en persona versus la realizada mediante videoconferencia. Analizaron un total de 500 personas involucradas en estos 14 estudios. Los resultados de la comparación de resultados apuntan a un tamaño de efecto pequeño el que sugiere que no existirían diferencias entre. Incluso, en este meta-análisis se detectó un dato que los autores señalan "*anecdótico*", el que indica que el ancho de banda es un elemento moderador del tamaño del efecto; a mayor ancho de banda menor diferencia con la evaluación tradicional.

Similares resultados han reportado O'Reilly et al. (2007), quienes además plantean que la atención mediante videoconferencia es, al menos, un 10% más barata que la tradicional. Estos autores canadienses distribuyeron aleatoriamente a un total de 495 personas que habían sido referidos desde el médico de cabecera al psiquiatra. La distribución fue de n=254 a una valoración tradicional, y de n=241 a tele-psiquiatría. Las intervenciones evaluadas fueron tanto la consulta como el seguimiento, obteniendo resultados equivalentes en ambos formatos tanto en aspectos clínicos, como en la satisfacción con la intervención. Como se señaló

anteriormente, los autores señalan que la tele-consulta fue un 10% más barata que la consulta tradicional.

Por su parte, Urness, Wass, Gordon, Tian, y Bulger (2006), y Skinner y Latchford (2006), concuerdan en cuanto a la gran satisfacción que encuentran los clientes en la tele-psiquiatría. El primer estudio involucró a 62 usuarios que respondieron una encuesta luego de una consulta y posterior a 11 meses de tratamiento. A lo largo de este lapso de tiempo, el grupo que recibió tratamiento a distancia obtuvo una significativa mejoría en medidas de salud mental en comparación con el grupo tradicional; aunque el grupo online describe una menor sensación de apoyo y aliento. Por su parte, Skinner y Latchford, compararon a tres grupos diferentes: quienes recibían tratamiento online, quienes participaban en foros en internet, y quienes asistían a tratamientos tradicionales. Los resultados apuntan a una satisfacción similar, al igual que la expresión y comunicación con el terapeuta (*self disclosure*).

En este sentido, F. Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe, y Thorogood (2006) realizaron una revisión de las diferentes intervenciones en e-salud que se habían desarrollado en internet, encontrando diferentes razones para utilizar este formato de tratamiento, estas razones para desarrollar ciber-salud se resumen en el Tabla 11. Por otra parte, es necesario mencionar los beneficios de las nuevas tecnologías más allá del ámbito estrictamente terapéutico, ya que, como señalan Chiu y Henderson (2005), la comunicación en internet no es solamente entre terapeuta y cliente, sino también entre terapeutas (como en una supervisión), entre clientes (como en un grupo de autoayuda) o entre diferentes dispositivos de servicios (como en una consultoría). Es decir, su impacto va mucho más allá del uso psicoterapéutico, implicando labores administrativas, supervisión, docencia y red, entre muchas otras.

A partir de todo lo anterior es posible afirmar que los estudios sobre efectividad, costos y satisfacción indican que la ciberterapia es una buena alternativa, e incluso, existen investigaciones asociadas a tratamientos o problemas específicos donde se confirman los beneficios de las intervenciones a distancia, tanto para usuarios y profesionales, como para los servicios de salud.

Dentro de estos tratamientos específicos, ya en 1995 Troester, Paolo, Glatt, Hubble y Koller (1995), señalaban que cierto grupo de clientes se beneficiaban de servicios de cuidados conductuales de tele-salud. Posteriormente, Valero (2003), ha planteado que existen algunas formas de terapia que se ajustan mejor al entorno web, como aquellas que se basan en la



narración de problemas, habilidades de resolución de problemas, re-estructuración cognitiva, terapias lingüística, autoayuda, biblio-terapia y las terapias con orientación cognitivo conductual. Además, se ha llegado a asegurar que las intervenciones que requieren una entrevista clínica para obtener resultados son las que más fácilmente pueden ser realizadas mediante tele-salud (Ramírez-Moreno et al., 2007). Vanderwerker y Prigerson (2004) señalan que, para personas afligidas, el ambiente protector que provee internet y el uso del e-mail previenen la aparición de enfermedades mentales y mejorarían la calidad de vida. Con todo lo anterior sería posible afirmar que el uso de las TICs puede ser saludable y protector en sí mismo.

**Tabla 11:** Razones para utilizar soporte web en intervenciones de salud

- 
1. Aprovechar las ventajas únicas de internet
  2. La reducción de los costos tanto para el usuario como para el servicio
  3. Acceder a grupos aislados y estigmatizados
  4. Aprovechar la continuidad de acceso que permite internet
  5. Brindar la posibilidad de control de la intervención por parte del usuario y, por otro lado, la estructuración del programa por parte del clínico
  6. La necesidad de investigar en este tipo de intervenciones
  7. La escasa información recibida por los pacientes de parte de los profesionales, la que puede ser superada mediante el uso de internet
  8. El atractivo que tiene internet para jóvenes y niños, y que la comunicación electrónica es la forma habitual de comunicarse de estos grupos
- 

Adaptado de F. Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe, y Thorogood (2006).

Frente a todo este desarrollo resulta relevante señalar que en 1997, el Comité de Ética de la Asociación de Psicología Americana señaló que internet era un medio mucho más limitado para entregar servicios comparado con el teléfono (APA, 1997). Esta declaración está siendo confrontada con los resultados actuales, en donde, claramente, la balanza se inclina al lado contrario. Este hecho da cuenta de que las posibilidades de internet no eran claramente vislumbradas en el pasado, hace algo más diez años. Respecto a las apreciaciones sostenidas por la APA, es conveniente señalar que en el momento de realizar esos juicios los niveles de desarrollo de las psico-tecnologías disponibles eran mucho menores a las actuales, al igual que el estado de conocimiento sobre las ciberterapias y el grado de penetración de internet.

Lo anterior se asocia a un elemento fundamental en el uso de las TICs, que tiene que ver con el rápido crecimiento en su utilización, desarrollo y las múltiples posibilidades de este tipo de tecnologías (Zabinski, 2003). De acuerdo a la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC), en el año 2000, la audiencia de internet en España apenas superaba el 11%, mientras que durante el año 2007, fue de 37,2% durante el mes de mayo (AIMC, 2007), lo que implica un aumento de más de un 22% en menos de siete años. Durante el primer

trimestre del año 2011, la audiencia de internet fue de 56.2% (AIMC, 2011); es decir un aumento del 510% en diez años.

Todos los anteriores datos reflejan que la psicoterapia e internet son un área científica que está en desarrollo. Sin embargo no se ha traducido en un gran uso de estas psico-tecnologías en la práctica clínica. Es decir, a pesar de los grandes avances que se han producido en el ámbito de las ciberterapias, estos progresos no se han traducido en que las terapias por internet se constituyan en un complemento cotidiano de los tratamientos tradicionales. En este sentido, es posible plantear alguna de las causas del escaso número de investigaciones en ciberterapias en la práctica cotidiana.

Es posible que esta sub-utilización pueda deberse a que se piensa que el contacto previo y el manejo con las nuevas tecnologías determinan el resultado de este tipo de intervenciones. Es decir, que los profesionales y los servicios no consideren implementar alternativas ciberterapéuticas debido a que piensan que estas son sólo para personas con un cierto nivel informático. Contrariamente a esto, las investigaciones señalan que la experiencia previa con el ordenador no es un elemento que correlacione con los resultados de una intervención psicoterapéutica (Kenardy, McCafferty, y Rosa, 2003; Kovalski y Horan, 1999).

Más aún, las ciberterapias no sólo no requieren experiencia informática; sino que existen evidencias que las nuevas tecnologías aumentan la participación de personas que sufren estigmatización ya que potencian el anonimato y la intimidad, facilitando la sinceridad y la desinhibición en una relación terapéutica (Berger, Wagner, y Baker, 2005; Jones, Staples, Coker, y Harbach, 2004). Es decir, las ciberterapias además de posibilitar alternativas de acceso a servicios, brindan la posibilidad de utilización de recursos a colectivos que sufren prejuicio.

Asimismo y en nuestro entorno, De las Cuevas, Arredondo, Cabrera, Sulzenbacher, y Meise (2006), realizaron un estudio en el que compararon la atención psiquiátrica cara a cara con la videoconferencia en un grupo aleatorio de personas con trastornos mentales atendidos en Islas Canarias, no encontrando diferencias significativas en los resultados de ambos tratamientos. Esta conclusión respecto a la similitud entre la atención psiquiátrica tradicional y mediante a videoconferencia ha sido confirmado mediante meta-análisis (Armstrong, 2006; Barak et al., 2008).

Armstrong (2006), a partir de su análisis señala que la tele-psiquiatría es similar a la evaluación tradicional, pero la heterogeneidad de los estudios que utilizan videoconferencia hace difícil una generalización de resultados. Si bien el *hardware* utilizado es similar, difieren el

ancho de banda, los diagnósticos y los instrumentos de valoración. Asimismo hacen falta estudios aleatorios y con pacientes que *nuevos*, que no hayan recibido atención tradicional anteriormente. Por su parte Barak et al. (2008), analizaron 64 artículos que envolvían a un total de 9.764 usuarios en donde se examinaban la efectividad de terapias desarrolladas de forma online, obteniendo un tamaño de efecto similar al que alcanzan los tratamientos tradicionales.

A pesar de lo anterior, es importante señalar algunos estudios que aportan elementos contrarios al uso de psico-tecnologías. Dentro de estos, May, Ellis, Atkinson, Gask, Mair y Smith (1999), concluyen que los pacientes depresivos y ansiosos resultan altamente críticos en el uso de estas herramientas y que encuentran dificultades para expresar emociones. Asimismo, algunos autores plantean que ciertas patologías serían desaconsejables para ser intervenidas mediante ciberterapia; como por ejemplo aquellos problemas que tienen al abuso sexual como tema primario, las relaciones violentas, los trastornos de alimentación y los trastornos que incluyan distorsiones de la realidad (Valero, 2003). También, se señala que quienes presentan problemas psicológicos moderados o graves, las personas con riesgo suicida, o sujetos frágiles y susceptibles, no resulta aconsejable intervenir mediante TICs. Es conveniente señalar que estas apreciaciones surgen desde la teoría y no desde experiencias empíricas, por lo que podrían ser refutados mediante investigación sistemática.

En definitiva, existiría un acuerdo en cuanto a que las ciberterapias pueden utilizarse como apoyo o suplemento a una terapia tradicional (Hill, Weinert, y Cudney, 2006). En este escenario, resulta necesario llevar a cabo una revisión de algunas intervenciones realizadas que utilicen TICs. Así, a continuación, las ciberterapias halladas mediante la revisión bibliográfica han sido agrupadas según el cuadro psicopatológico en el que han sido utilizadas.

Es importante señalar que frente a esta realidad se hace fundamental profundizar y estudiar el uso de nuevas tecnologías en el ámbito de la psicología. Esta necesidad es mencionada por N. Z. Hampton y Houser (2000), quienes plantean que se debe tomar una actitud proactiva frente a la irreversible aparición de estas herramientas, modificando algunas rutinas, incluidas algunas prácticas clínicas. Por su parte, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, y Riva (2003b) señalan que, si bien el uso de las tecnologías no requiere cambios en los principios y prácticas básicas en psicoterapia, ya que no se modifican teorías, técnicas ni métodos; se debe reconocer que existe un impacto en los niveles de comunicación, así como en la relación y alianza terapéutica, que deben ser considerados. En este sentido, Maheu

(2003), plantea que la psicología online corresponde a una sub-especialidad en desarrollo, por lo que requeriría formación y acreditación.

### ***Definiciones en ciberterapias***

Antes de comenzar a profundizar en las ventajas y desventajas de las intervenciones basadas en TICs, es necesario presentar algunas definiciones que serán útiles para su mejor comprensión, aclarando términos básicos e ineludibles. El uso de las TICs en psicoterapia conlleva agregar una serie de elementos que en terapia tradicional o cara a cara no se utilizaban, lo que ha conducido a adoptar conceptos y términos provenientes de la informática.

Por otro lado también existe una dificultad en la definición de ciberterapia, ya que al igual que en la psicoterapia tradicional, ambos conceptos son polisémicos (Andersson, 2009; Barak et al., 2008). Esta dificultad en la definición de qué es una ciberterapia lleva a que existan una gran variedad de denominaciones para actividades similares. Por ejemplo para hablar de intervenciones psicoterapéuticas basadas en internet se pueden utilizar palabras como e-terapia, ciberterapia, consejería online, terapia online, terapia por internet y muchas más.

Es por ello que se ha desarrollado un pequeño pero necesario glosario de términos que puede ser consultado entre los apéndices de este estudio (Anexo 1).

### ***Las ventajas y desventajas del uso de las TICs en Salud Mental***

A continuación se señalan las principales ventajas y desventajas que la literatura científica ha descrito en relación al uso de las TICs en Salud Mental y específicamente en psicoterapia (Tabla 12). Al respecto, uno de los desafíos de las investigaciones en TICs implica confirmar las supuestas ventajas y determinar cómo afrontar las dificultades.

#### ***Ventajas***

En términos generales, es posible decir que las TICs disminuyen las brechas en el acceso a la atención requerida. Dunaway (2000), especifica que quienes se verían beneficiados con las

intervenciones mediante ciberterapia serían los discapacitados, los sordos, los personas mayores, la población rural, las personas con dudas acerca de los tratamientos o con restricciones de tiempo y desplazamiento, como ejecutivos; personas insatisfechas con el estrés o el estigma de la atención tradicional. Es por todo lo anterior, que algunas personas prefieren utilizar este tipo de atención antes que otras tradicionales (King et al., 2006).

**Tabla 12:** Ventajas y desventajas del uso de las TICs en Salud Mental

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
– Accesibilidad y equidad	– Validez o credibilidad de la Información
– Aumento de la especificidad de la atención	– Confidencialidad
– Superar los temores a la estigmatización	– Acreditación del cliente
– Ventajas propias de las TICs	– Cambios debido a la ausencia de proximidad física
– Aumento de la continuidad de la atención	– Riesgos de dependencia
– Disminución de costos	– Disminución de los elementos de la comunicación no verbal
– Mejora de la inter-relación entre los diversos dispositivos de atención	– Interacciones particulares en el marco de internet
– Utilidad en intervenciones específicas	– Adaptaciones del trabajo del terapeuta
– Ajuste con las tendencias actuales	– Habilidades Técnicas
– Apoyo e intercambio social	– Requerimientos y determinantes tecnológicos
– Difusión primaria de información	– Multi-dependencia
– Atención de temas simples a un bajo coste	– Caídas del sistema
– Potenciar la simetría en la relación terapeuta cliente	– Reacción frente a emergencias
– Comodidad	– Efectos contrarios
– Potenciar la adherencia a las intervenciones e indicaciones	– Poca claridad respecto a los costos reales
	– Dudas respecto a su efectividad
	– Falta de profesionales calificados
	– Prejuicios y Resistencias

En este sentido se advierte que las utilidades de las TICs van más allá de un tema de desplazamiento y acceso, sino que tienen que ver con elementos tan diversos que van desde las características de la relación terapéutica hasta la comunicación y contacto entre profesionales.

La literatura señala una serie de ventajas de las TICs en el ámbito de la psicoterapia y la salud mental, las que han sido resumidas en la Tabla 11 (Abney y Maddux, 2004; Alexander y Zeibland, 2006; Bischoff, Hollist, Smith, y Flack, 2004; F. Griffiths et al., 2006; Rees y Stone, 2005; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010; Wade y Wolfe, 2005).

– **Accesibilidad y equidad:** Las TICs permiten atender a poblaciones con escasos servicios, lejanas geográficamente o ubicadas en contextos especiales como cárceles u operaciones militares. Así también posibilitan el trabajo en poblaciones pequeñas donde la

falta de intimidad puede desincentivar la solicitud de ayuda. Todo esto aumenta la capacidad de atención de los servicios que utilizan TICs en el desarrollo de su trabajo.

– **Aumento de la especificidad de la atención:** Las TICs realzan la calidad de la información disponible en salud y los servicios en poblaciones con necesidades muy especiales, como aquellos que cuentan con pocos especialistas o requieren intervenciones muy específicas. Así, las TICs son un medio para superar la escasez de terapeutas especializados en determinados ámbitos ya que mediante la atención a distancia, clientes de cualquier sitio pueden acceder a profesionales expertos de diversos lugares del mundo.

– **Superar los temores a la estigmatización:** Las TICs facilitan la mantención del anonimato de modo que suelen ser utilizadas por quienes padecen enfermedades que los estigmatizan ya que no es necesario salir de casa, lo mismo sucede en poblaciones pequeñas que se caracterizan por una alta cohesión social y una escasa intimidad o privacidad.

– **Ventajas propias de las TICs:** Las TICs permiten utilizar las ventajas específicas de las nuevas tecnologías, como almacenar datos; proveer información interactiva o mantener un seguimiento de su uso, entre muchas otras. Gracias a la versatilidad de las TICs es posible desarrollar psicoeducación, entregar información, exploraciones, realizar mediciones y tratamiento protocolizados, así como aplicar test, acortando el tiempo entre su aplicación y el informe. Todo lo anterior es posible de realizar manteniendo un registro automatizado.

– **Aumento de la continuidad de la atención:** Las TICs facilitan la continuidad de los cuidados en enfermedades discapacitantes y prolongadas y además, permiten mantener una disponibilidad continua, por ejemplo, las 24 horas del día; posibilitando el acceso a la intervención en cualquier momento. Además, las TICs permiten disponer de información en el instante adecuado y cuando las personas están dispuestas, en calma y en el momento justo, lo que facilitaría su aprovechamiento.

– **Disminución de costos:** El uso de TICs reduce los costos tanto a los usuarios como para los servicios. Por ejemplo, disminuyendo los gastos por desplazamientos y la elaboración de material impreso, entre otros. Asimismo se señala que el uso de las TICs puede disminuir listas de espera, al permitir una evaluación online o la entrega de una intervención de autoayuda o con mínima involucración del terapeuta, lo que implica un menor uso del tiempo de los

profesionales (Andersson et al., 2006; Wade, Carey, y Wolfe, 2006b). Esta ventaja se refiere a la incorporación de las Tics como parte de tratamiento *por etapas (stepped treatments)*.

– **Mejora de la inter-relación entre los diversos dispositivos de atención:** Las TICs pueden mejorar la comunicación entre el personal sanitario de los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario), al posibilitar la inter-conexión en tiempo real o asincrónicamente.

– **Utilidad en intervenciones específicas:** Terapias que requieren la participación de los asistentes por turnos, como la intervención familiar o la mediación, se pueden ver beneficiadas con el uso de las TICs, debido a la imposibilidad de sobreponer comunicaciones, como ocurre en el caso de la videoconferencia. Por otro lado, investigaciones asociadas al uso del e-mail destacan que el escribir y re-leer ayudaría a externalizar los problemas.

– **Ajuste con las tendencias actuales:** El uso de TICs satisfacen la tendencia que comienza a surgir entre los clientes de preferir los métodos basados en sistemas computacionales en los domicilios. Por ejemplo, actualmente las TICs son un modo privilegiado de comunicación entre niños y jóvenes.

– **Apoyo e intercambio social:** Las TICs facilitan el apoyo social, fomentan el encuentro y la comunicación de diferentes experiencias. Uno de sus mayores usos es el de intercambio de información y de experiencias mediante foros o grupos de correos sobre problemas específicos, habitualmente estigmatizados o difíciles de tratar en público.

– **Difusión primaria de información:** Las TICs ayudan en un primer contacto con el cliente para que éste se informe del servicio, las características del centro y los profesionales, por ejemplo, al visitar una página web de la institución o el profesional. Esta ventaja también se relacionan con los tratamientos por etapas.

– **Atención de temas simples:** El uso de las TICs se ajusta para responder consultas específicas sobre un tema aislado que sólo requieren una contestación, una bibliografía o pequeña orientación. Nuevamente, esta ventaja se relaciona con los tratamientos por etapas.

- **Potenciar la simetría en la relación terapeuta cliente:** Las TICs brindan al usuario más control sobre la intervención. También el trabajo tiende a ser más igualitario alejándose de las convenciones sociales debido a la posible ausencia de datos respecto a edad, sexo y apariencia (por ejemplo, en foros de acceso libres). En este sentido, Knaevelsrud y Maercker (2007), refieren que en internet es el cliente quien tiene el control para regular el grado de intimidad que desea compartir, de modo que se tiene una mayor sensación de seguridad al revelar posibles elementos estigmatizadores y se desarrolla una relación más simétrica.
  
- **Comodidad:** Las TICs permiten el acceso a los servicios desde el domicilio o desde el lugar que el cliente prefiera, posibilitando una mayor libertad de los momentos en que se desea acceder a la atención.
  
- **Potenciar la adherencia a las intervenciones e indicaciones:** Se señala que el uso de TICs, al posibilitar un aumento de la frecuencia de contactos, permite monitorear y reforzar la adherencia a las indicaciones y tratamientos que se realizan. Por ejemplo, reforzando el uso de fármacos o la realización de tareas mediante un e-mail.

### ***Desventajas***

Así como se plantea una serie de ventajas, también los autores identifican diversas dificultades que pueden enfrentarse al utilizar las TICs en psicoterapia<sup>24</sup>. Incluso, muchas de las ventajas, bajo otro punto de vista, pueden ser consideradas como dificultades. A continuación se señalan las principales (Abney y Maddux, 2004; Giles, 2001; Glueckauf, 2002; F. Griffiths et al., 2006; Ramírez-Moreno et al., 2007; Rees y Stone, 2005; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010; Valero, 2003):

- **Validez o credibilidad de la Información:** Se plantean dificultades para acreditar los sitios y terapeutas capacitados para desarrollar intervenciones a distancia. Por ejemplo, es difícil supervisar la gran cantidad de información disponible en la web, su actualización o la calificación de los terapeutas.

---

<sup>24</sup> ver Tabla 12, pp. 125.



- **Confidencialidad:** Hasta el momento no se puede asegurar la total confidencialidad y seguridad de la información que se traspasa por internet.
  
- **Acreditación del cliente:** Se describen dificultades respecto al posible acceso de menores sin la autorización de los padres o simulando ser mayores de edad. La suplantación de identidades o simulación de patologías, todo lo cual se hace más difícil de detectar en el entorno de las TICs.
  
- **Cambios debido a la ausencia de proximidad física:** Dentro de los elementos que se ven alterados por la ausencia de contacto físico, se señala la posible pérdida de autenticidad, espontaneidad, inmediatez y franqueza; así como todos los elementos relacionados con la comunicación no-verbal.
  
- **Riesgos de dependencia:** Hasta el momento se ha descrito un cuadro de dependencia al uso de internet, por lo que se sostiene un posible riesgo al desarrollo de esta patología o de una pérdida de interacciones cara a cara. Asimismo, se señala que las TICs puede potenciar el aislamiento al reforzar la permanencia en el hogar, por ejemplo, de una persona con agorafobia.
  
- **Disminución de los elementos de la comunicación no verbal:** Dependiendo del tipo de tecnología utilizada, existe mayor o menor riesgo de pérdida de los elementos del lenguaje no verbal. Relacionado con esto, se habla también que las TICs transmiten una franja limitada de tonos emocionales; lo que puede llevar a realizar sub-diagnósticos, especialmente en aquellos cuadros donde la intensidad afectiva resulta fundamental, como es el caso de riesgo suicida.
  
- **Interacciones particulares en el marco de internet:** Se ha descrito una tendencia hacia la intimidad en las relaciones en internet, relacionadas con un efecto de desinhibición negativa que se puede facilitar mediante el uso de TICs. Estas interacciones pueden relacionarse con idealizaciones del terapeuta, desarrollo de interacciones amorosas o, por el contrario; de agresividad y lenguaje inadecuado.
  
- **Adaptaciones del trabajo del terapeuta:** La pérdida de proximidad física y las brechas en el lenguaje no verbal implican dificultades para el terapeuta en el apoyo, cuidado y realización de un trabajo con emociones más que puramente intelectual, teniendo que

adaptar los medios por los que expresa y comunica estos mensajes. Lo anterior lleva a la necesidad de un entrenamiento especial para el terapeuta en cuanto a las habilidades para desarrollar terapia online. Ya sea en el modo de escribir correos o la forma de modular el tono de voz.

– **Habilidades Técnicas:** Se refieren a la necesidad de contar con habilidades computacionales básicas para beneficiarse de la ciberterapia. Por ejemplo, es necesaria cierta facilidad en la mecanografía.

– **Requerimientos y determinantes tecnológicos:** La necesidad de contar con ordenador, acceso a internet y su limitación al estado de la red de comunicación (internet), pueden plantear dificultades a la intervención.

– **Multi-dependencia:** Se señala una multi-dependencia entre diversos actores y variables, dentro de las que se encuentran los elementos tecnológicos, las empresas proveedoras de servicios de comunicación, los profesionales implicados y el usuario. Todo lo cual lleva a que cualquier fallo en alguna de estas instancias genere un detrimento en la efectividad de la intervención.

– **Caídas del sistema:** Se deben considerar las posibilidades de interrupciones imprevistas de las sesiones, que, por ejemplo, pueden afectar la relación terapéutica.

– **Reacción frente a emergencias:** Se refiere a las dificultades asociadas a imprevistos y emergencias que pueden presentarse. Las reacciones ante emergencias deben estar protocolizadas, informadas y planificadas de antemano. Especialmente en este caso, debido a que terapeuta y cliente pueden estar en diferentes zonas geográficas.

– **Efectos contrarios:** Se ha señalado también la posibilidad de reforzar ciertos problemas para los que la intervención ha sido diseñada. Por ejemplo, no disminuir el aislamiento al mantener a las personas conectadas sólo por internet, o una propensión a posponer la utilización de los recursos debido a la percepción que estarán disponibles siempre y en cualquier otro momento. También, al no existir control puede producirse la situación en que un usuario ahogue a su terapeuta con email (ya sea por su extensión o contenido).

- **Poca claridad respecto a los costos reales:** Fundamentalmente debido a la escasa investigación en este tipo de intervenciones existen confusiones sobre sus costos totales.
  
- **Dudas respecto a su efectividad:** Algunos detractores de las ciberterapias señalan que existen escasas investigaciones que comparen las terapias que utilizan TICs con otro tipo de intervenciones que hayan demostrado efectividad; así como poca difusión de los resultados de las terapias online. Incluso, sostienen que en general, las comparaciones se han desarrollado con listas de espera, placebo o con patologías de moderada complejidad. Esta crítica ha sido superada por las investigaciones publicadas, pero hace falta una mayor difusión de los resultados hacia los profesionales de la salud mental en general<sup>25</sup>
  
- **Falta de profesionales calificados:** No existen muchas formas de calificación, entrenamiento o preparación en la aplicación de terapias mediante TICs.
  
- **Prejuicios y Resistencias:** Se ha documentado la existencia de prejuicios y resistencias particulares de los psicólogos en el uso de las TICs, por ejemplo en comparación con médicos y enfermeras. Al respecto, algunos autores (Barak et al., 2008; Lester, 2006; A. Skinner y G. Latchford, 2006; Wells, Mitchell, Finkelhor, y Becker-Blease, 2007), señalan que los principales prejuicios se refieren a el impacto del descenso de los datos no-verbales; los problemas éticos como la confidencialidad y la actuación ante emergencias; la ausencia de legislación respecto a la ciberterapia; y la falta de formación, técnicas, prácticas y orientaciones para los profesionales.

### ***Consideraciones previas al desarrollo de una ciberterapia***

Una vez establecido el marco tecnológico y el lenguaje de las TICs, así como las ventajas y desventajas descritas en la bibliografía, vale la pena revisar algunas consideraciones previas que deben tenerse en cuenta al desarrollar intervenciones a distancia y con soporte web.

---

<sup>25</sup> Una apreciación que surge desde esta revisión es que las ciberterapias se constituyen en una especialización más dentro de la psicología y la salud mental (Oesterheld et al., 1999). Pero, en general, quienes suelen emitir juicios críticos hacia esta forma de tratamiento son profesionales neófitos y sin formación específica al respecto (Soto-Pérez, de Vena Díez et al., 2010). De este modo, a pesar de la vehemencia de las críticas, esta suele provenir de personas que no tiene mayor experiencia ni conocimiento el área de las ciberterapias; por lo que, si bien pueden manejarse con destreza en áreas de su propio quehacer, desconocen los desarrollos que existen al respecto.

La implementación de ciberterapias tiene ciertas diferencias con la ejecución de tratamientos tradicionales. Entre los principales aspectos a considerar se incluye el entrenamiento profesional, la educación del cliente, la obtención del consentimiento informado, los aspectos éticos y legales, las adaptaciones de las psico-tecnologías<sup>26</sup> y las adaptaciones de las técnicas psicoterapéuticas.

### ***Entrenamiento profesional***

La bibliografía revisada señala que una adecuada preparación es indispensable para entregar evaluaciones y consultas responsables a través de psico-tecnologías. No se refiere solamente a familiarizarse con la psicoterapia online, sino a adquirir conocimientos específicos relacionados con estas formas de atención del cliente; los cuales implican una preparación profesional que requiere tiempo, y que muchas veces resulta difícil de alcanzar, debido a la escasez de programas de formación y supervisores (Maheu, 2003; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010).

La necesidad de capacitación resulta evidente respecto al manejo de las características tecnológicas de las psico-tecnologías de modo que, por ejemplo; sea posible asegurar la confidencialidad y privacidad de las comunicaciones (Rizzo, Strickland, y Bouchard, 2004), lo cual implica un acercamiento a otra área del conocimiento como lo es la informática.

Otro aspecto en el que se requiere formación específica tiene que ver con los temas legales y éticos que han ido adoptando los países, agencias y las asociaciones profesionales, respecto al uso de estos recursos en la terapia. Así también, se deben tener nociones de diseño web junto a capacidades en el uso de psico-tecnologías.

Además, más específicamente asociado en la práctica clínica en ciberterapias, resulta fundamental que el terapeuta adquiera conocimientos y destrezas que le permitan determinar qué psico-tecnología es indicada para cada cliente; en qué punto del tratamiento debe utilizarse; quién es el más indicado para otorgarla; y cómo realizar su combinación con los cuidados habituales. Asimismo, Maheu (2003), señala que los terapeutas deben adaptar su

---

<sup>26</sup>Las psico-tecnologías son aquellos sistemas electrónicos que han sido utilizados o diseñados específicamente para entregar cuidados en salud mental, incluyendo los canales de comunicación como la videoconferencia, video-llamada, mail, chat, página web, tablón de anuncios y los foros (Maheu, 2003). Las psico-tecnologías son el resultado del cruce entre tecnologías y psicología en donde una aplicación tecnológica tiene un nuevo sentido específico relacionado con la psicología (Anexo 1: Glosario de Términos).

estilo de trabajo cuando utilizan estos recursos, todo lo cual será abordado en el punto referido a las adaptaciones de las técnicas psicoterapéuticas.

En este escenario, y tomando en cuenta los diferentes elementos que deben ser considerados en la capacitación de terapeutas para el uso de las TICs, Oesterhel, Travers y Kofoed (1999), proponen un currículum para la práctica de la tele-psiquiatría que puede orientar la formación de e-terapeutas. El programa de Oesterhel, Travers y Kofoed plantea cuatro unidades temáticas que a continuación se resumen en el Tabla 13.

**Tabla 13:** Unidades temáticas para una formación en tele-psiquiatría

- 
1. **Identificación de los componentes técnicos:** Esto incluye el hardware, software y la infraestructura
  2. **Descripción de las aplicaciones clínicas**
  3. **Comparación de los métodos a distancia y tradicionales:** Incluyendo costos y habilidades clínicas requeridas
  4. **Experiencia clínica:** Planteamiento de casos simulados en el que se identifiquen dificultades y posibles adaptaciones para desarrollar intervenciones efectivas
- 

Adaptado de Oesterheld, Travers, Kofoed, y Hacking (1999)

## ***Educación del cliente***

Se hace fundamental educar al cliente respecto a las tecnologías utilizadas; las cuestiones legales y éticas; el consentimiento informado; convenios financieros y la planificación (Carlbring y Andersson, 2006). Todo ello considera un proceso continuo que, incluso, puede hacer necesario el contacto cara a cara. La educación del cliente incluye también brindar información respecto a las acciones a realizar frente a una emergencia; el respaldo científico de las ciberterapias; y hasta los antecedentes curriculares del profesional.

Frente a esto, Maheu (2003), aconseja realizar una sesión cara a cara al inicio de la intervención, para aclimatar al cliente en la psico-tecnología, realizar una evaluación, determinar las referencias en caso de emergencias y facilitar la alianza de trabajo. Es decir, al inicio de un tratamiento ciberterapéutico, y si es posible, existen autores que recomiendan realizar una sesión cara a cara. El objetivo de esta sesión sería brindar la posibilidad de desarrollo del “*proceso de impronta*”<sup>27</sup> que suele ocurrir al inicio de todo tratamiento. Además, en la primera sesión se debería favorecer el conocimiento mutuo y el desarrollo de la alianza

---

<sup>27</sup> El *proceso de impronta* [imprinting] surge del razonamiento de los zoólogos Douglas Spalding, Oskar Heinroth y Konrad Lorenz, quienes describe la temprana identificación de las crías recién nacidas con su madre (Lorenz, 1953). Esta identificación se produce en períodos críticos (como el nacimiento) y ha sido re-aplicada en la identificación que en ocasiones tienen los paciente con el primer profesional que los atiende (Spiegel, 1965).

de trabajo; conocer las habilidades informáticas del usuario y determinar las necesidades de ayuda al respecto. Es decir, se trataría de aproximarse guiadamente al entorno de trabajo ciberterapéutico (Por ejemplo, visitando juntos la página web en donde se desarrollará el tratamiento).

### **Obtención del consentimiento informado**

El consentimiento informado es un elemento central en la prestación de servicios de salud y particularmente en la entrega de cuidados en salud mental. En el caso de las intervenciones online, si bien este procedimiento puede introducir alguna incertidumbre y hasta una actitud legalista en los clientes; debe desarrollarse como una etapa basal del tratamiento, con el fin de prevenir cualquier devenir u obstáculo que pueda dificultar la relación terapéutica (Maheu, 2003).

Particularmente, se deben abordar las limitaciones del tratamiento realizado mediante esta tecnología, considerando las dificultades técnicas relevantes y los riesgos. Para ello, no basta con anidar una página donde sólo sea necesario hacer “*click*” en acepto o no acepto. Lo adecuado sería proporcionar páginas con información amigable e interactiva. En ella se debería enseñar y mostrar diferentes perspectivas, y se respondan preguntas que tranquilice a los clientes y además se haga posible contactar directamente al terapeuta.

### **Aspectos Éticos y Legales**

El uso de intervenciones a distancia plantea algunas cuestiones éticas que deben ser considerados. Por ejemplo, un problema específico puede ser el uso de una psico-tecnología en un ordenador público o compartido, lo cual podría implicar que personas ajenas a la intervención tuvieran acceso a información que debería ser provista por el secreto profesional (Maheu, 2003).

En este escenario, se ha intentado generar una normativa ética que regule y guíe las intervenciones a distancia. Dentro de las líneas de acción se plantea la entrega de información ***fidedigna y clara*** respecto a todos los elementos del servicio a distancia, tales como su financiación, publicidad, relación con otros sitios y la institución desde la que surgen, lo cual implica hacer evidente la ***responsabilidad*** de su funcionamiento. También se menciona que

hay que velar por la **honestidad**, señalando la eficacia real, los beneficios probados y los problemas psicológicos en los que resulta desaconsejable utilizar una ciberterapia. Asimismo, se deben proveer servicios de **calidad** y actualizados permanentemente, en los cuales es preciso proteger la **privacidad**, asegurar la **profesionalidad**, utilizar el **consentimiento informado** y establecer **asociaciones responsables** con otros sitios (Botella, García-Palacios, Baños, y Quero, 2009; Colegio Oficial de Psicólogos, 2002; Maheu, 2003).

### ***Adaptaciones de las psico-tecnologías***

Existen diferentes elementos relacionados con las tecnologías que deben ser considerados cuando éstas van a ser utilizadas para realizar intervenciones terapéuticas a distancia. Los formatos que se utilizan en otras áreas no pueden ser transferidos directamente al ámbito de la ciberterapia, porque son otros los clientes a los que se dirigen, otro el entorno y otras las respuestas que se espera obtener.

En el caso de las páginas web, por ejemplo, Recupero y Rainey (2006), plantean que existen guías de accesibilidad y diseño que orientan el desarrollo de estas psico-tecnologías. Dentro de estas guías se señala que los formatos web deben tener apariencia profesional, contar con escasos gráficos, y presentar temas fáciles de entender pero escritos de manera que demuestren conocimiento en el área, todo lo cual contribuirá a hacerlos amigables, accesibles y utilizables.

Por su parte, Hensel, Parker-Oliver, y Demiriz (2007), han realizado uno de los pocos estudios que examinan componentes básicos de una página web como el audio, la interactividad y los gráficos, todo ello enmarcado en una intervención que involucra a padres y niños en el tratamiento de la encopresis. Los resultados de este estudio concuerdan con lo planteado anteriormente respecto a la necesidad de un diseño amigable, con apariencia profesional, contenidos claros y simples (National Institute on Anging, 2001).

Otros planteamientos a seguir en el diseño de páginas web, son los postulados por el World Wide Web Consortium (1999), y Chiu y Henderson (2005). Estos últimos autores mencionan algunos aspectos que se deben considerar al diseñar una página web para aumentar su **usabilidad**, es decir, hacer que el recurso facilite al usuario su incursión en el mundo virtual. Dentro de estos se menciona que su **organización visual**, debe permitir un acceso rápido a los contenidos, para lo cual resulta fundamental que se utilicen colores,

tamaños de letras y contrastes que faciliten y no entorpezcan la lectura, haciendo que el recurso que sea *legible*. Respecto a la legibilidad, es importante señalar que se debe considerar el nivel de lectura de los destinatarios.

Asimismo, Chiu y Henderson (2005), mencionan que se debe contar con una adecuada *vinculación*, referida al uso de hipertexto o vínculos claramente identificados, y que el *tiempo de respuesta* al abrir un vínculo o página nueva no debe superar los diez segundos. Finalmente, los *elementos multimedia* como imágenes, fotografías y videos no deben recargar la página. Todo lo anterior debe hacer que la *navegación* permita al usuario responder en cualquier momento las siguientes preguntas: *¿Dónde estoy?*, *¿Dónde he estado?* y *¿Dónde puedo ir?*

A pesar de las guías anteriormente referidas, se debe resaltar que no parecieran existir orientaciones respecto a la usabilidad web en personas con enfermedades mentales graves y prolongadas, como tampoco para personas poco info-alfabetizadas. Analizando las anteriores disposiciones respecto a usabilidad web surge la duda respecto a cómo una persona sin experiencia con ordenadores sabe qué es hacer “*click*”, o que efecto puede provocar si activa un enlace. Los anteriores ejemplos, son experiencias y conceptos absolutamente desconocidos para personas poco info-alfabetizadas<sup>28</sup>.

Por otro lado, respecto el uso de videoconferencias, Del Moral y Villalustre (2005) realizaron una comparación entre la activación y la desactivación de la cámara en una video-llamada, con el objetivo de estudiar el impacto de este accesorio en el cliente. Los resultados apuntan a que la cámara encendida disminuye el confort con la sesión pero aumenta la profundidad de la misma. Contrariamente Jones, Staples, Coker, y Harbach (2004), en un estudio de caso, señalan que la imagen visual facilita la presencia social y realiza la interacción social.

También, existen aspectos particulares de cada cliente que deben tomarse en cuenta, entre ellos se encuentran su educación, lenguaje primario, inteligencia, contexto cultural, situación familiar o salud (Del Moral y Villalustre, 2005). Afortunadamente, se ha encontrado que la ansiedad inicial ante las TICs de los usuarios inexpertos, desaparece durante los primeros minutos de una sesión (Shepherd et al., 2006).

---

<sup>28</sup> Las personas que no suelen utilizar ordenadores o internet suelen tener problemas tan básicos como no poder hacer doble “*click*”. Esto ocurre por un desconocimiento motriz de la tarea. Al mismo tiempo, desconocen que el clicar puede activar un supuesto botón. Bajo el punto de vista de usuarios sin experiencia, el botón o enlace (que conocemos los usuarios informatizados), no es más que un dibujo en una pantalla.



Otro elemento que hay que considerar a la hora de planificar intervenciones mediante psico-tecnologías, es el hardware y la velocidad de conexión con que se cuenta, ya que una página con muchos elementos no es adecuada si se dispone de una conexión lenta. Relacionado con lo anterior, también es necesario prever que pueden existir baches en la conexión o retraso en la comunicación, frente a lo cual se requiere contar con estrategias establecidas para enfrentar las diferentes situaciones que pueden darse. Por ejemplo, si la comunicación se corta, tanto el terapeuta como el cliente deben saber que se realizará una llamada telefónica inmediata por parte del profesional (McGinty, Saeed, Simmons, y Yildirim, 2006).

Todo lo anterior da cuenta que la pregunta fundamental que se debe responder previo al desarrollo de una intervención a distancia es cuál de todas las psico-tecnologías disponibles es la más indicada para la situación (Ritterband et al., 2006). Actualmente las investigaciones, lamentablemente, aún no son suficientes como para responder la anterior cuestión. La elección de una psico-tecnología u otra debe estar definida por criterios de pertinencia, para lo que resulta imprescindible determinar la efectividad de cada psico-tecnología como herramientas en ciberterapia, en términos que faciliten tanto el proceso de tratamiento, como su resultado (Trepal, Haberstroh, Duffey, y Evans, 2007).

### ***Adaptaciones de las técnicas psicoterapéuticas***

Para conseguir intervenciones a distancia efectivas, no sólo hay que considerar los elementos relativos a las psico-tecnologías, sino que también hay que tener en cuenta las adaptaciones que deben realizarse en las técnicas psicoterapéuticas para lograr una adecuada implementación y desarrollo de la ciberterapia. Inicialmente, se realizaron investigaciones sobre tele-salud y TICs que estudiaban la satisfacción de los participantes con las intervenciones, tanto clientes como terapeutas. Al respecto, Bischoff et al. (2004), y Jones et al. (2004), entre otros, han llevado a cabo estudios en los que se concluye que, en el caso de los clientes, existe sólo una pequeña diferencia, no significativa, entre la satisfacción con una entrevista mediante videoconferencia y otra cara a cara. Sin embargo, se advierte que los terapeutas prefieren claramente la interacción cara a cara.

Además de la satisfacción de los usuarios, se han evaluado los niveles de alianza terapéutica y el grado de profundidad de las sesiones, encontrándose que, desde la perspectiva de los clientes, ambos elementos son similares en intervenciones a distancia y cara

a cara (Maheu, 2003). Así, como ocurre en la psicoterapia tradicional, la alianza terapéutica en las intervenciones online se va desarrollando a medida que aumenta la duración y frecuencia de los contactos. Ello indica que, al igual que en las intervenciones cara a cara, el grado de intimidad se relaciona con la cantidad de información intercambiada y va aumentando a medida que avanzan las sesiones (Bischoff et al., 2004). Asimismo, existen hallazgos que dan cuenta que las cualidades de la alianza terapéutica mantienen una estrecha relación con los resultados del tratamiento, lo cual también ha sido observado en las intervenciones tradicionales (Cook y Doyle, 2002). Todo lo anterior parece mostrar que la alianza terapéutica tiene un funcionamiento similar tanto en las relaciones online como en aquellas que se desarrollan cara a cara.

En relación con los clientes, los terapeutas evalúan la alianza terapéutica como más baja que en situaciones cara a cara (Cook y Doyle, 2002). Esta diferencia podría revelar las características del entrenamiento clásico en psicoterapia que privilegia y utiliza los elementos de la comunicación no verbal, llevando a que los terapeutas se sientan incómodos e insatisfechos en el contexto de la ciberterapia, cosa que no ocurre con sus clientes.

A partir de lo anterior, se recomienda capacitación y entrenamiento por parte de los terapeutas, para lo cual ya han comenzado a aparecer herramientas, guías sobre técnicas y adaptaciones específicas de prácticas terapéuticas para ser desarrolladas en intervenciones online (Knaevelsrud y Maercker, 2007). Dentro de ellas, Rees y Stone (2005), plantean que se deben ajustar algunos elementos del estilo terapéutico, como por ejemplo, estar dispuesto a utilizar diagramas y hojas de ejercicios o trabajo en el espacio cibernético.

Otros aspectos que deben ser ajustados en las intervenciones a distancia tienen que ver con que, al igual que en una relación cara a cara; el terapeuta debe ser capaz de entregar calidez, entendimiento, sensibilidad y empatía, lo que es posible en el contexto de las TICs llevando a cabo algunos cambios. Estas adaptaciones se deben llevar a cabo especialmente, en el estilo y los medios de comunicarse (Andersson et al., 2006; Gutheil y Simon, 2005; Lange, Rietdijk et al., 2003; Reynolds, Stiles, y Grohol, 2006; Shore, Savin, Novins, y Manson, 2006; Urness et al., 2006).

Una de las principales adaptaciones que se debe realizar a la técnica psicoterapéutica se relaciona con mitigar la pérdida de la proximidad física y su impacto en la relación terapéutica (Murdoch y Connor-Greene, 2000). Asimismo, hay que adaptar el ritmo y la velocidad de las verbalizaciones ya que por el retraso en la transmisión, lo que puede ir desde un par de

segundos hasta más de cinco. Al respecto, se debe tener especial cuidado en esperar la respuesta y la finalización del interlocutor para plantear algún nuevo mensaje (Rees y Stone, 2005). En este sentido, es fundamental moderar los efectos de los baches en la comunicación que pueden generar frustración (Shepherd et al., 2006)

Por su parte, Joinson (2003), analizó videos de sesiones de ciberterapia, y en ellas descubrió que, quizá de modo intuitivo, los usuarios realizan algunas conductas compensatorias en la comunicación para hacer frente a la pérdida de estímulos no verbales que son señaladas en el Tabla 14.

Un elemento relacionado con las intervenciones a distancia y que debe ser considerado por el terapeuta, es el proceso de desinhibición, asociado al anonimato visual y ausencia de pistas sociales en el uso de internet. El denominado *efecto de desinhibición online* (Suler, 2005) se caracteriza porque las personas en entornos web expresan emociones, se movilizan solidaria y generosamente, así como se vuelven rudos, críticos y hasta amenazadores con mayor facilidad que en entornos cara a cara. En el ámbito de la psicoterapia este efecto puede complicar la relación terapéutica, y si el trabajo es grupal puede afectar a quienes comparten sesión.

**Tabla 14:** Conductas compensatorias para superar la distancia física

- 
1. Hacer más **deliberada, explícita** y hasta **exagerada** su **comunicación no verbal**, de modo de hacer más presentes las inflexiones de voz, los cambios tonales y el lenguaje corporal
  2. Los terapeutas deben realizar, con naturalidad y franqueza, un **gran número de preguntas acerca de la conducta no verbal** de los clientes de modo de clarificar y evitar una malinterpretación y malos entendidos
  3. Durante las primeras sesiones se debe **ofrecer algún tipo de contacto cara a cara** de modo de facilitar el proceso de alianza. Este conocimiento físico brinda un contexto para evaluar las futuras interacciones a distancia
  4. Mantenerse consciente y **atento a los retrasos en la comunicación** que pueden llegar a uno o dos segundos, evitando sobreponer dos mensajes. Este retraso se hace especialmente difícil al intentar utilizar el humor o interjecciones (*mmm, sí, ahá*, entre otras). Sin embargo, se señala que a medida que pasa el tiempo de intervención se produce una adaptación al ritmo de comunicación
  5. Frente a problemas **de conexión o pérdida de la comunicación** por dificultades técnicas, se debe realizar una llamada telefónica. Asimismo, las posibles interrupciones en la conexión hacen que la sesión deba estructurarse comenzando por temas fundamentales, y se vaya desgranando en temas secundarios y hasta superfluos hacia el final

---

Adaptado de Joinson (2003)

## ***Clasificación de las intervenciones que utilizan las nuevas tecnologías***

El uso de las nuevas tecnologías en la atención a distancia ha posibilitado que surjan diferentes tipos de intervenciones, que utilizan distintos recursos y tienen diversos objetivos

(Barak et al., 2008; Soto-Pérez, de Vena Diez et al., 2010). Una manera de clasificar estos tratamientos puede realizarse tomando en cuenta el **grado de intervención del terapeuta**; otra alternativa es clasificar las ciberterapias según las **aplicaciones psico-tecnológicas que se utilizan**; así también existe la posibilidad de clasificar las ciberterapias según la **sincronía en el tiempo** que existe entre cliente y terapeuta. También, hay quienes dividen a las ciberterapias según el **tipo de comunicación que utilizan**; y finalmente hay que quienes simplemente dividen las ciberterapias **según sean individuales o grupales** (Tabla 15).

**Tabla 15:** Alternativas de clasificación de las intervenciones ciberterapéuticas

<p><b>1) Según el grado de involucramiento del terapeuta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Intervenciones guiadas por ordenador</li> <li>b) Intervenciones enmarcadas en la autoayuda</li> <li>c) Atención asincrónica</li> <li>d) Terapias a distancia en donde el terapeuta participa de manera sistemática con un alto grado de involucramiento</li> </ul>
<p><b>2) Según las aplicaciones psico-tecnológicas que se utilizan y la posibilidad de retroalimentación en la comunicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ciberterapia o e-terapia con posibilidad de retro-alimentación</li> <li>b) Terapias basadas en páginas web enmarcadas en la autoayuda</li> </ul>
<p><b>3) Según del grado de sincronía temporal en la relación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ciberterapias sincrónicas</li> <li>b) Terapias asincrónicas</li> <li>c) Ciberterapias que utilizan comunicación sincrónica y asincrónica</li> </ul>
<p><b>4) Según el tipo de comunicación que utilizan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ciberterapias de texto</li> <li>b) Tratamiento mediante audio</li> <li>c) Tratamiento mediante video</li> </ul>
<p><b>5) Según los participante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tratamientos Ciberterapéuticos individuales</li> <li>b) Ciberterapias grupales</li> </ul>

Un terapeuta puede involucrarse en el diseño de una ciberterapia hasta en el desarrollo de la misma. Así, las ciberterapias irían desde las intervenciones guiadas por ordenador hasta las intervenciones desarrolladas mediante videoconferencia. A continuación se desarrolla la clasificación de las ciberterapias siguiendo el grado de involucramiento del terapeuta sigue a continuación.

– **Intervenciones guiadas por ordenador:** El terapeuta interviene casi solamente en su diseño y minimizando su interacción con el usuario. Estas terapias han sido utilizadas desde hace años para evaluar, diagnosticar o educar y, últimamente, han comenzado a emplearse como medio de terapia y rehabilitación cognitiva. Por ejemplo, el programa *Gradior* (Franco-

Martín, Orihuela, Cid, y al., 2000), es un programa de rehabilitación y evaluación cognitiva que puede ser utilizado autónomamente por un usuario, previa configuración por parte de un profesional con conocimiento en neuropsicología.

– **Intervenciones enmarcadas en la autoayuda:** Dentro de estas se encuentra la biblioterapia que cuenta con una mínima involucración del terapeuta, siendo la más habitual en TICs. Estas terapias son guiadas por el ordenador o programadas en la web, y se complementan con el uso de e-mail y alguna interacción con el terapeuta (Jerome y Zaylor, 2000). Castelnuovo et al. (2003a), realizan una revisión de estudios controlados y aleatorios sobre ciberterapias, concluyendo que principalmente se utilizan en trastornos depresivos y ansiosos, traspasando un modelo cognitivo conductual. En este sentido, suele señalarse que las intervenciones cognitivo-conductuales se adaptan fácilmente a las TICs (Carlbring y Andersson, 2006).

– **Atención asincrónica:** Suelen utilizar la comunicación asincrónica mediante listas de e-mail, foros y páginas informativas, a las que se suma en ocasiones la sincronía del chat (Clarke et al., 2005).

– **Terapias a distancia en donde el terapeuta participa de manera sistemática con un alto grado de involucramiento:** En estos casos se utiliza la comunicación asincrónica, sincrónica y muchas incorporan la videoconferencia o al menos el contacto mediante voz. Muchas de ellas abordan la atención en crisis, la planificación de tratamientos y el manejo de casos (Carlbring y Andersson, 2006), así como la psicoeducación de familias (Hensel et al., 2007; Rotondi et al., 2005), y otras psicoterapias algo menos estructuradas.

Otra alternativa de clasificación sería agrupar las ciberterapias según las **aplicaciones psico-tecnológicas que se utilizan y la posibilidad de retroalimentación en la comunicación**. De este modo, existirían ciberterapias en donde es posible preguntar y obtener respuesta

(Posibilidad de retroalimentación), y terapias basadas en páginas web enmarcadas en la autoayuda en donde no existe la posibilidad de recibir comunicación directa.

Según del grado de **sincronía temporal** en la relación existen tratamientos ciberterapéuticos en donde terapeuta y usuarios comparte un mismo espacio temporal (Sincronía de la relación) y aquellas en donde ambos están en espacios temporales distintos. Por ejemplo, en un chat existe sincronía en la relación mientras que en el e-mail la comunicación es asincrónica. También, existen tratamiento complejos que realizan una combinación de ambas posibilidades.

Junto con lo anterior también sería posible clasificar las ciberterapias según el **medio o tipo de comunicación que utilizan**; así existirían tratamientos basados en el intercambio de textos, otros que intercambia audio y finalmente aquellos que intercambian video.

Finalmente, las ciberterapias también pueden ser clasificadas en **tratamientos grupales como individuales**. Todas las clasificaciones anteriores pueden ser útiles para comprender de mejor manera las alternativas posibles de ciberterapias de acuerdo a determinantes más bien tecnológicos. Pero, para una mayor comprensión por parte de un clínico, es más clarificador el conocer algunos usos posibles de las ciberterapias, los que son sólo algunos ejemplos de las posibilidades de las ciberterapias (Tabla 16)

Tabla 16: Algunos usos posibles de las ciberterapias en salud mental

- 
- Como parte de un tratamiento poli-etápico
  - Como parte del seguimiento a distancia
  - Como alternativa ante dificultades de acceso
  - Como elemento de prevención
  - Como recurso ante problemas estigmatizados
  - Como línea roja (*hot-line*)
  - Como recurso de apoyo social
  - Como recurso de autoayuda certificada
  - Como directorio de especialidades
- 

- **Como parte de un tratamiento poli-etápico:** La carencia de servicios y/o la inadecuación en la oferta y la demanda, así como la necesidad de brindar mayores alternativas de tratamientos son algunas de las razones para la tendencia a desarrollar tratamientos por etapas en salud (Davison, 2000; Gjerdingen, Crow, McGovern, Miner, y Center, 2009). En este caso, las ciberterapias pueden ser útiles para brindar espacios de intervención primaria, como por ejemplo en la valoración online (Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010); autoayuda (Church, Cornish, Callanan, y Bethune, 2008; Meeuwissen, van der Feltz-Cornelis, van Marwijk,

Rijnders, y Donker, 2008); hasta intervenciones más complejas que incluyen contacto a distancia (Seekles, van Straten, Beekman, van Marwijk, y Cuijpers, 2009; van't Veer-Tazelaar et al., 2009). Por ejemplo, es posible la disposición de formulario online que permitan orientar los pasos a seguir ante tal o cual sintomatología; también es posible brindar tratamientos enmarcados en la autoayuda.

– **Como parte del seguimiento a distancia:** En situaciones de enfermedades mentales graves y prolongadas el seguimiento es una parte fundamental del tratamiento. Este seguimiento o monitoreo puede verse facilitado utilizando nuevas tecnologías. Por ejemplo, existen experiencias en donde se incentiva la toma de la medicación mediante ciberterapias (Rosen et al., 2006; Zygmunt, Olsson, Boyer, y Mechanic, 2002). También, las ciberterapias permitirían facilitar y aumentar el soporte a residencias y pisos tutelados de personas con enfermedades mentales graves. Por ejemplo, existen dispositivos móviles (teléfonos inteligentes o *smartphones*), que recuerdan la toma de medicación, o sistemas de videoconferencias que permiten el contacto y la supervisión de ancianos en su domicilio o que facilitan el contacto social o con la familia; e incluso el desarrollo de terapias específicas como la reminiscencia (Etchemendy, Baños, Botella, y Castilla, 2010).

– **Como alternativa ante dificultades de acceso:** Quizás esta sea una de las aplicaciones más conocidas de las ciberterapias: el brindar una alternativa de acceso a poblaciones rurales (Hilty, Yellowlees, Cobb, Neufeld, y Bourgeois, 2006). Mediante este uso, sería posible contar con contactos entre profesionales y usuarios de poblaciones alejadas de los centros y dispositivos de atención. Actualmente es posible desarrollar casi la totalidad de las actividades psicoterapéuticas a distancia, desde una evaluación diagnóstica hasta un tratamiento de rehabilitación.

– **Como elemento de prevención:** Las ciberterapias pueden ser una forma de difundir información y brindar educación en vida saludable que promuevan la prevención en salud. Una página web con información puede cumplir fácilmente este rol.

– **Como recurso ante problemas estigmatizados:** Algunos asuntos particularmente estigmatizados o ante los cuales un usuario siente vergüenza son particularmente más fáciles de tratar mediante ciberterapia. De hecho las personas estigmatizadas habitualmente buscan ayuda en internet y de forma anónima (Berger et al., 2005). De este modo las ciberterapias permitirían brindar una vía de atención para este tipo de situaciones.

– **Como línea roja (*hot-line*):** El desarrollo de las ciberterapias cuenta con experiencias en prevención y atención del suicidio (Barak, 2007). Inclusive, mediante el denominado *voluntariado tecnológico*<sup>29</sup> es posible mantener atención constante a este tipo de recursos ciberterapéuticos. Por ejemplo, mediante la formación de voluntarios sería posible mantener una línea de apoyo a personas que se encuentren buscando mantener su abstinencia de consumo de tóxicos.

– **Como recurso de apoyo social:** Internet suele ser un espacio en donde personas que se sienten aisladas buscan ayuda y apoyo social. Es así como en foros y páginas web muchas personas encuentran un lugar de identificación y apoyo. Inclusive, existen investigaciones que señalan que la simple disposición de conexión a internet brinda la sensación de compañía (Rotondi et al., 2005). De este modo, el desarrollar grupos de apoyo online como parte de una ciberterapia puede ser una forma de brindar apoyo social.

– **Como recurso de autoayuda certificada:** Un elemento que ya cumplen los recursos web es que potencian la autoayuda. Muchos cibernautas consultan primero en internet los padecimientos que sienten. Si se cuenta con recursos de autoayuda certificados, las personas pueden recibir información y tratamientos que cuentan con algún tipo de respaldo científico. El desafío en este caso es que existan agencias que certifiquen los contenidos de este tipo de webs.

---

<sup>29</sup> Voluntariado tecnológico o ciber-voluntariado hace referencia a aquella actividad que de forma voluntaria se desarrolla utilizando internet y/o las TICs. Por ejemplo, dinamizadores de foros o monitores de info-alfabetización. Así, actualmente es posible desarrollar trabajo comunitario desde casa y través del ordenador.



– **Como directorio de especialidades:** Disponer en internet de información respecto al currículum y la experiencia de los profesionales de una clínica puede ser de gran utilidad para orientar a posibles usuarios. Esta información puede ser complementada con material de interés, información y otros recursos que no suelen ser muy complejos de disponer en internet.

### ***Áreas en que se han utilizado ciberterapias***

Pull (2006), analizó las intervenciones que han arrojado resultados positivos significativos en el contexto de las ciberterapias, dando cuenta que este tipo de tratamiento resulta adecuado en: trastornos de pánico, agorafobia, síntomas de estrés post-traumático, fobia social, temor a hablar en público, re-estructuración de creencias irracionales en mujeres adolescentes, reducción de riesgos para trastornos alimentarios, pérdida de peso, obesidad, síntomas de *jet-lag*, estrés, dolor de cabeza, insomnio, estrés asociado al *tinnitus*, dolor crónico, encopresis, tabaquismo, HIV, diabetes, cuidadores de personas con Alzheimer, madres jóvenes, padres de niños en cuidados intensivos, enfermedades crónicas y cáncer de mamas.

A continuación, se describen algunas aplicaciones en las siguientes áreas: trastornos ansiosos; trastornos depresivos y relacionados; trastornos mentales orgánicos; trastornos alimentarios; trastorno por dependencias; trastornos psicóticos; psicología de la salud; psicología infantil; e intervenciones específicas. Es importante señalar que actualmente es difícil clasificar e identificar la gran cantidad de desarrollos en ciberterapias que han ido apareciendo. La presente revisión intenta abordar aquellas que han sido publicada en revistas revisadas por pares (*peer review*), y en índices como *PsicINFO*.

#### **Intervenciones en Trastornos Ansiosos**

Existen diversas investigaciones respecto a la ciberterapia para trastornos ansiosos, las que van desde estudios sobre terapias guiadas por ordenador; el programa “*FearFighter*®” para el tratamiento de las fobias y el trastorno de pánico (T. Hampton, 2006); investigaciones que evalúan tratamientos en niños; como las realizadas por Spence, Holmes, March, y Lipp (2006), Kenardy, McCafferty, y Rosa (2003). Estudios llevados a cabo por el *National Institute of Clinical Excellence* (2002), donde se analiza la fiabilidad de la evaluación a distancia y cara a cara del trastorno obsesivo compulsivo. Y hasta la utilización de la realidad virtual en

tratamientos domiciliarios sustentados en internet tanto para la agorafobia (Alcañiz et al., 2003) como para el temor a hablar en público (Botella et al., 2000; Botella, Hofmann, y Moscovitch, 2004). Todas estas intervenciones han obtenido buenos resultados, al menos comparándolos con listas de esperas o intervenciones placebo.

A continuación se presentan algunas profundizaciones en intervenciones específicas, las cuales, como se ha mencionado, se caracterizan por la mínima intervención del terapeuta, al igual que en los trastornos depresivos.

#### **a) Prevención de Trastornos Ansiosos**

Newman, Kenardy, Herman, y Taylor (2003) desarrollaron un estudio en el que evaluaron una intervención cognitivo conductual preventiva frente a la aparición de trastornos ansiosos. Aplicaron un programa de seis semanas de duración basado en *SERENA*<sup>®</sup>, un software desarrollado por ellos mismos en el que se trabaja psicoeducación; entrenamiento en relajación, exposición interoceptiva, re-estructuración cognitiva y prevención de recaídas. Los resultados indicaron efectos significativos en la reducción de ansiedad relacionada con las cogniciones (interpretación catastrófica), y en los síntomas depresivos, pero no así en la sensibilidad ante la ansiedad (Kenardy et al., 2003). En este mismo ámbito, se ha utilizado con éxito el programa *Fearfighter*<sup>®</sup>, que consiste en una plataforma auto-guiada para el tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades (Kenwright, Liness, y Marks, 2001; Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker, y Mataix-Cols, 2004; McCrone, Marks, Mataix-Cols, Kenwright, y McDonough, 2009).

#### **b) Fobia social**

Más allá de la fobia social, existen una serie de tratamientos específicos (Botella et al., 2008; Tortella-Feliu et al., 2011). Por ejemplo, Andersson et al. (2006), desarrollaron una intervención en la que, mediante una página web, se proporcionaba información general sobre la terapia cognitivo conductual y sus efectos en el tratamiento de la fobia social. En términos generales, la intervención consistía en 18 páginas divididas en nueve módulos, en los cuales se introducía la intervención y se trabajaba el tratamiento cognitivo conductual para la fobia de Clark y Wells. Adicionalmente, se adjuntaban ejercicios; preguntas, se solicitaban resúmenes

del material y de los ejercicios realizados. Asimismo, los terapeutas retroalimentaban a los participantes por medio de e-mail, autorizando el acceso a los módulos siguientes de acuerdo a los avances de los clientes. También se incluyeron dos sesiones grupales cara a cara con una duración de tres horas cada una (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius, y Andersson, 2001; Kenardy et al., 2003; Newman, Kenardy, Herman, y Taylor, 1997).

Los resultados indicaron diferencias significativas con el grupo control en la ansiedad general y social, en los niveles de depresión y en la calidad de vida; distinciones que se mantuvieron durante el año posterior. Asimismo, se comprobó que los niveles educativos de los usuarios no influyeron en los resultados alcanzados (Andersson et al., 2006). Los clientes calificaron como fácil el uso de la página, y además, el tiempo total utilizado por el terapeuta en la intervención fue sólo de nueve horas, lo que implica un gran ahorro de recursos profesionales (Andersson et al., 2006). En este mismo ámbito, se ha utilizado con éxito el programa *Fearfighter*<sup>®</sup>, que consiste en una plataforma auto-guiada para el tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades (Gega, Norman, y Marks, 2007; McDonough y Marks, 2002; Schneider, Mataix-Cols, Marks, y Bachofen, 2005a).

### **c) Trastorno de Pánico y Agorafobia**

Klein y Richards (2001), compararon la efectividad de una intervención en trastorno de pánico frente a la auto-monitorización. Los resultados arrojaron mejoras significativas en medidas de pánico, vigilancia corporal y auto-eficacia en el manejo del pánico.

Por su parte, Bouchard y colaboradores (2004; 2000), desarrollaron un programa de autoayuda que involucraba psicoeducación; entrenamiento en respiración, re-estructuración cognitiva, exposición interoceptiva, exposición en vivo y prevención de recaídas. La intervención consideraba un mínimo nivel de participación del terapeuta, quien era contactado vía e-mail. Los resultados arrojaron una mejora significativa en todas las dimensiones, una disminución de los ataques; de su intensidad, duración, y una reducción de la ansiedad diaria, de las sensaciones corporales asociadas a pensamiento catastrófico y de las evasiones agorafóbicas. Estos mismos resultados se registraron respecto a la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos, junto a un aumento en la calidad de vida.

También, Klein y Richards (2001), utilizaron la videoconferencia para desarrollar una terapia cognitivo conductual con personas que padecían desorden de pánico y agorafobia. Los

resultados informan mejoras clínicas estadísticamente significativas en cuanto a sintomatología; frecuencia de ataques de pánico, aprehensión, gravedad del trastorno, percepción de auto-eficacia, así como mejora en el funcionamiento global. Por otro lado, también encuentran una muy buena alianza terapéutica tras la primera sesión.

Otros estudios que informan de resultados satisfactorios en el tratamiento de los trastornos de pánico y agorafobia mediante el uso de psico-tecnologías son los de Carlbring, Ekselius, y Andersson (2003; 2001), el de Schneider, Mataix-Cols, Marks, y Bachofen (2005b), el de Farvolden, Denisoff, Selby, Bagby, y Rudy (2005), entre otros. En este mismo ámbito, se ha utilizado con éxito el programa *Fearfighter*<sup>®</sup>, que consiste en una plataforma auto-guiada para el tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades (Kenwright, Marks, Gega, y Mataix-Cols, 2004; MacGregor, Hayward, Peck, y Wilkes, 2009; Schneider et al., 2005a).

#### **d) Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)**

Lange (2003), desarrolló un programa de intervención, dirigido al abordaje del TEPT, llamado Inter-terapia (*Interapy*<sup>®</sup>). Este procedimiento cuenta con un mínimo de participación del terapeuta, y utiliza técnicas cognitivo conductuales, tales como la habituación; re-evaluación, y la re-estructuración cognitiva. El programa tiene una duración de cinco semanas, considerando diez sesiones de 45 minutos cada una. En ellas se desarrolla un estructurado trabajo escrito, invitando a los participantes a escribir libremente, sin considerar estilos gramaticales u ortografía.

Los resultados informan una disminución significativa en la sintomatología (ansiedad, depresión, somatización y problemas de sueño), en comparación con el grupo control, y mejoras también significativamente mayores. Asimismo, los síntomas traumáticos decrecen, lo que, aunque no alcanza a ser estadísticamente significativo, da cuenta de una significación clínica importante. Finalmente, resulta relevante destacar que se informan tamaños del efecto más grande que en intervenciones cara a cara (Knaevelsrud y Maercker, 2007).

Para profundizar en la intervención inter-terapia es posible visitar su página web ([http://www.interapy.nl/template\\_home.php?id=0](http://www.interapy.nl/template_home.php?id=0)) y otras publicaciones como la de Lange, Schoutrop, Schrieken, y van de Ven (2003). En este mismo ámbito, se ha utilizado con éxito el programa *Fearfighter*<sup>®</sup>, que consiste en una plataforma auto-guiada para el tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades.

### **e) Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)**

Clarke et al. (2005), realizaron una revisión bibliográfica de terapias a distancia con mínimo contacto con el terapeuta. Dentro de esta revisión, encontraron intervenciones guiadas por ordenador que arrojaban buenos resultados en el tratamiento del TOC. Asimismo, existen estudios que comparan la evaluación del trastorno mediante videoconferencia y cara a cara, donde se advierte que ambos métodos obtienen resultados similares.

### **Intervenciones en Trastornos Depresivos y Relacionados**

A continuación se abordan intervenciones que intentan afrontar los trastornos afectivos como la depresión. Asimismo, se desarrollan acciones relacionadas como la consultoría y la prevención del suicidio entre otras tareas enmarcadas entre los trastornos depresivos.

#### **a) Trastorno depresivo**

Estas intervenciones también se caracterizan por una mínima participación del terapeuta; ser altamente estructuradas; y en general, utilizar desarrollos teóricos y técnicos de la autoayuda, biblio-terapia y técnicas cognitivo conductuales. Asimismo, es importante señalar que todos los programas que se describen a continuación están orientados al tratamiento de la depresión, habiéndose encontrado mínima información respecto a la atención a distancia de otros trastornos afectivos.

Entre las intervenciones para el tratamiento de la depresión, Clarke et al. (2005), desarrollaron el programa para adultos ODIN (*Overcoming Depression on the InterNet*), el cual utiliza un formato de autoayuda puro, y cuyos resultados muestran una reducción significativa en la sintomatología depresiva, al compararla con un grupo control.

Por otra parte, el *National Institute of Clinical Excellence* (NICE, 2002), desarrolló dos intervenciones a distancia para el tratamiento de la depresión: un sitio que entregaba psicoeducación a personas que sufrían depresión; y otro sitio, un interactivo que ofrecía terapia cognitivo conductual. Los resultados informados indican un cambio en las medidas de depresión y en los pensamientos disfuncionales; así como un aumento en el conocimiento de

los tratamientos médicos, psicológicos, de la terapia cognitivo conductual, y de las modificaciones necesarias en el estilo de vida; todo ello en comparación con un grupo control.

A partir de esto, el NICE (2002), recomienda la terapia “*Beating the Blues*” para el tratamiento de la depresión leve a moderada guiada por ordenador.

T. Hampton (2006), utilizó los sitios web *BluePages*® (<http://www.bluepages.anu.edu.au/>) y *MoodGYM*® (<http://moodgym.anu.edu.au/>), tanto para reducir el estigma de la depresión como para determinar sus efectos sobre la mejora en los síntomas depresivos y la competencia en el manejo de la depresión. Los resultados de las intervenciones indican cambios en las medidas de depresión, pensamientos disfuncionales; conocimiento médico; de tratamientos, de la terapia cognitivo conductual y del estilo de vida. Actualmente dichos programas se difunden bajo la denominación *moodcalmer*® ([http://wn.com/MoodCalmer%E2%84%A2\\_for\\_Low\\_Mood\\_and\\_Depression\\_Relief](http://wn.com/MoodCalmer%E2%84%A2_for_Low_Mood_and_Depression_Relief)).

Otra intervención para el tratamiento de la depresión es la de Andersson et al. (2005), quienes desarrollaron un programa de autoayuda, basado en la terapia cognitiva-conductual de Beck. Este programa contenía páginas de texto e incluía un juego de preguntas y respuestas, las cuales entregaban retroalimentación. La duración de la intervención fue de ocho semanas, utilizando un tiempo total de dos horas por parte del terapeuta.

Los resultados indican que la intervención con mínimo contacto con el terapeuta más la participación en un grupo de discusión, arroja una importante reducción de los síntomas depresivos, la cual se mantiene a los seis meses, observándose un gran tamaño del efecto (Fortney et al., 2006).

Por otro lado, Christensen et al. (2004), desarrollaron un programa, denominado “*RecoveryRoad*”, el cual buscaba aumentar la cobertura de los servicios de salud mental en Australia, particularmente en depresión. El programa incluía atención segura, psicoeducación, monitoreo del progreso y terapias basadas en evidencias, para lo cual utilizaba el e-mail y el teléfono. Los resultados de esta intervención indican una reducción de la gravedad de la sintomatología, la cual pasó de grave a moderada, mayor adherencia al tratamiento; mejor manejo de la enfermedad, y una gran satisfacción con el tratamiento y la relación terapéutica.

## **b) Consultoría en Depresión**

Es importante señalar la intervención denominada *TEAM (Telemedicine enhanced antidepressant management)*, la cual puede ser descrita como un modelo colaborativo en el tratamiento de la depresión, en el que se asesora a pequeñas clínicas que carecen de psiquiatra in-situ, constituyéndose en un claro ejemplo del uso de la tele-psiquiatría en el marco de la consultoría (Andersson et al., 2005; Fortney et al., 2007).

Los resultados indican una mayor adherencia al tratamiento a los seis y 12 meses, así como una mejora en el estado de salud, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes (Andersson et al., 2005; Fortney et al., 2007).

## **c) Prevención del suicidio**

Barak (2007), describe un sitio web denominado *SAHAR®* (<http://www.sahar.org.il/>) indicado para la atención de personas en crisis, el cual permite el anonimato, entrega información, trabajo en grupo online, comunicación sincrónica (chat), asincrónica (e-mail) y facilita el almacenamiento de datos. Asimismo cuenta con un apartado “*creativo*” donde se pueden agregar poemas, historias y otro tipo creaciones, para facilitar la expresión de emociones.

Por otro lado, Hoffman (2006), describe un programa psicoeducativo online en el cual se incluyen las experiencias de sujetos suicidas que han sobrevivido, para que sean utilizadas por profesionales que trabajan en el tema, grupos de apoyo o personas que han atentado contra su propia vida.

## **d) Otras intervenciones en relación a los trastornos afectivos**

Finalmente, en la literatura se menciona la evaluación de un protocolo corto de tratamiento del duelo patológico, el cual arrojó resultados satisfactorios (Christensen et al., 2004; K. M. Griffiths y Christensen, 2007). Asimismo, Andersson et al. (2005) relatan una intervención a distancia para el abordaje de la depresión post-parto (<http://www.bringinghealthhome.com/>), en donde no se informan los resultados obtenidos.

## **Intervenciones en Trastornos Mentales Orgánicos**

Los trastornos mentales orgánicos también han sido objeto de intervenciones mediante ciberterapias. Un ámbito relacionado con este tipo de trastornos es la demencia, en donde se están desarrollando amplios proyectos e intervenciones para favorecer el mantenimiento de ancianos con deterioro cognitivo en su entorno comunitario (Botella, Etchemendy et al., 2009; Etchemendy et al., 2010). A continuación se abordan algunas acciones que han utilizado este tipo de medios.

### **a) Intervención familiar en Daño Orgánico cerebral**

Wade, Carey y Wolfe (2006a; 2006b), desarrollaron una intervención on-line para reducir el estrés en familias de niños con daño cerebral. Esta necesidad fue justificada por los investigadores debido a la escasez de profesionales capacitados que manejaran tanto las áreas biológica y psicológica como para abordar con experticia este tipo de problemas.

Los resultados de este programa, indican una disminución significativa en los síntomas depresivos, ansiosos y la sintomatología psiquiátrica general. Asimismo, aunque no se detectó una mejora en la habilidad de resolución de problemas, se observan mejoras significativas en el ajuste conductual de los niños. Por otra parte, se destaca que los usuarios evaluaron la intervención como relativamente fácil de utilizar, y que en la mayoría de los casos, los participantes, incluidos los niños con daño orgánico, recomendaron la intervención a otros pacientes y sus familias. (Wade, Wolfe, Brown, y Pestian, 2005).

El grupo de trabajo de Botella, ha realizado una serie de desarrollos bajo el programa denominado *Mayordomo*<sup>®</sup>, que entre otras cosas, junto con favorecer el mantenimiento del anciano en su domicilio, facilita el contacto social y familiar. Este programa también incluye la posibilidad de desarrollar tratamientos específicos como el de reminiscencia (Botella, Etchemendy et al., 2009; Etchemendy et al., 2010) .

### **b) Intervención en Epilepsia**

Glueckauf et al. (2002), evaluaron los efectos de una intervención mediante videoconferencia en adolescentes que padecían epilepsia en una comunidad rural. Esta



intervención se denomina “*Temas Específicos en el Modelo de Consejería Familiar*” de Glueckauf et al.

Los resultados no fueron significativos, e incluso, en el caso de la videoconferencia la alianza terapéutica fue menor, especialmente entre los usuarios jóvenes. Este resultado se debió a dificultades neuropsicológicas de los menores (Glueckauf et al., 2002).

Por otra parte, Hufford, Glueckauf, y Webb (1999), realizaron un pequeño estudio con tres jóvenes pacientes con epilepsia y sus tres madres; en él evaluaron una intervención familiar realizada mediante videoconferencia. La intervención concluyó con una gran satisfacción y baja distracción en el uso de las TICs, aunque con mayores dificultades en el uso entre las madres. Asimismo, hubo una reducción de la gravedad y frecuencia de los problemas comparados con el pre-tratamiento. Finalmente, en términos comparativos, no hubo diferencias en la alianza terapéutica.

### **c) Otras intervenciones en Desórdenes Cerebrales**

Esta ha sido un área en donde desde hace un par de décadas se han desarrollado estudios y complementos terapéuticos, inclusive en España (Franco-Martín, 1999a, 1999b, 2000). Este tipo de tratamientos en un inicio se desarrollaba mediante tratamientos de rehabilitación guiados por ordenador (Franco-Martín, Bueno-Aguado, Díaz-Bravo, y Loriece García, 2000). Por otro lado, Glueckauf, Ketterson, Loomis, y Dages (2003), publicaron un artículo basado en su experiencia personal sobre cómo desarrollar servicios a distancia para la atención de esposas de personas que sufren Alzheimer. Por otro lado, Schopp, Johnstone, y Merrel (2000), compararon entrevistas mediante videoconferencia y a través del contacto cara a cara en un grupo de 98 pacientes con problemas neuro-psicológicos (dificultades de aprendizaje, daño orgánico cerebral traumático, demencia vascular o esclerosis múltiple). El objetivo era evaluar la satisfacción tanto de los pacientes como de los examinadores, encontrándose que no hubo diferencias en la satisfacción de los pacientes, pero sí un menor grado de satisfacción por parte de los examinadores.

## **Intervenciones en Trastorno Alimentarios**

Las ciberterapias han sido bastante prolíficas en cuanto a intervenciones en trastornos alimentarios. A continuación se desarrollan ciberterapias en anorexia, bulimia y sobrepeso.

### **a) Anorexia, Bulimia e insatisfacción corporal**

Existe una intervención multimedia denominada *Student Bodies*<sup>®</sup> cuya efectividad para trabajar con personas en riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios ha sido estudiada en profundidad (Celio et al., 2000). Este programa tiene como objetivo reducir la insatisfacción corporal y las excesivas preocupaciones por el peso, y se basa en el tratamiento cognitivo conductual de Fairburn, Marcus y Wilson el que ha demostrado ser efectivo en este tipo de pacientes.

Los estudios que han utilizado el programa *Student Bodies*<sup>®</sup> muestran una disminución de la insatisfacción con la imagen corporal y de las conductas alimentarias problemáticas, en comparación con una lista de espera. Resultados que se mantienen cuatro y diez semanas posteriores al tratamiento. Asimismo, se señala que este tipo de terapia funcionaría mejor en participantes de alto riesgo en cuanto a sus preocupaciones respecto al peso. Finalmente, al contrastar los efectos de este tratamiento con los de una intervención cara a cara y una intervención con psico-tecnología asincrónica; se aprecia que *Student Bodies*<sup>®</sup> obtiene mejores resultados (Celio et al., 2000; Clarke et al., 2005; Clarke et al., 2002; Ljotsson et al., 2007; Zabinski, 2003; Zabinski et al., 2001).

Jacobi et al. (2007), evaluaron una intervención cognitivo conductual de autoayuda orientada al tratamiento de la bulimia nerviosa, combinada con apoyo en internet. Para esto, se evaluó a los pacientes de manera online, y se utilizó el e-mail y un grupo de discusión como formas de tratamiento. A partir de esto, se advirtieron mejoras en los pacientes, tanto al final de la intervención, como al seguimiento de seis meses.

Otra experiencia en el tratamiento a distancia de los trastornos alimentarios, es la de Yager (Celio et al., 2000; Clarke et al., 2005; Clarke et al., 2002; Ljotsson et al., 2007; Yager, 2001; Zabinski, 2003; Zabinski et al., 2001), quien utilizó el e-mail como terapia adjunta en clientes con anorexia nerviosa reportando buena aceptación y mejoras clínicas. Así también, Cunningham, Humphreys, Koski-Jannes, y Cordingley (2005), compararon una intervención

cara a cara con otra basada en internet; no encontrando diferencias significativas entre ambas, ni al término de la intervención ni dos meses después, respecto a la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios.

### **b) Sobrepeso**

Tate, Jackvony, y Wing (2006), estudiaron la eficacia de un programa a distancia dirigido a modificar el estilo de vida de personas con sobrepeso, obteniendo resultados que demostraron una reducción significativa de peso a los seis meses. Sin embargo, transcurridos 18 meses de la intervención, el peso había sido recuperado por los participantes.

Por su parte, Ruggiero et al. (2006), compararon los resultados de tres intervenciones para el tratamiento del sobrepeso: la primera consistía en sólo una sesión educativa para la pérdida de peso; la segunda consideraba la aplicación de consejos guiados por ordenador; y la tercera implicaba la consejería guiada por un terapeuta, a través del e-mail. A los tres meses, las dos intervenciones que utilizaban ordenador lograron una pérdida significativa de peso, pero a los seis meses, la consejería que utilizó retroalimentación por un terapeuta, consiguió una pérdida de peso mayor.

Últimamente se están desarrollando programas utilizando teléfonos inteligentes (*smartphones*) o PDAs (ordenadores de bolsillo), para desarrollar tratamientos en este ámbito y en otros (Baños, Cebolla, Zaragoza, Botella, y Alcañiz, 2009).

### **Trastornos por Dependencias**

Otra de las áreas en que se han desarrollado ampliamente las ciberterapias han sido las adicciones o dependencias a sustancias. Ejemplos de usos han sido cuadros como la dependencia al alcohol y tabaquismo. Estas aplicaciones se describen a continuación.

#### **a) Abuso de Alcohol**

Gollings y Paxton (2006), compararon una intervención puramente virtual, otra que además incluía la entrega de un libro de autoayuda, y un grupo control, considerando un

seguimiento a tres meses. Los resultados mostraron efectos levemente superiores respecto a la disminución del abuso en el tratamiento que sólo utilizaba internet; pero dieron cuenta que, quienes recibieron el libro de autoayuda, bebieron menos en cuanto a graduación alcohólica y experimentaron menos consecuencias que aquellos en la condición de internet puro.

Por su parte, Pull (2006), informa de otra intervención orientada a prevenir el consumo de alcohol en escolares que arrojó buenos resultados en aquellos jóvenes que ya bebían. Dicha intervención no mostró diferencias con los resultados obtenidos en el grupo de comparación, el cual participaba de una intervención vía correo postal.

Finalmente, Skewes (2007), desarrolló un estudio piloto de una página web (*CopingMatters*®: <http://copingmatters.stanford.edu/>) destinada a disminuir el riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol en una empresa. Para ello comparó un grupo que accedía al sitio web, y otro que además de acceder al sitio, recibía una retroalimentación personalizada. En dicha página, los participantes encontraban información breve y general sobre los efectos del consumo de alcohol. A partir de lo anterior, se pudo comprobar que la intervención con “*feedback*” era más efectiva en consumidores con bajo y moderado riesgo; aunque es necesario señalar que la participación de los empleados fue escasa y la intervención se reducía a una o dos visitas al sitio.

## **b) Abuso de Tabaco**

Matano et al. (2007), informan de dos intervenciones que utilizan internet para desarrollar un tratamiento orientado al cese del consumo de tabaco. Una de ellas es el *QuitNet*® de Cobb (<http://quitnet.com/>); un sitio de libre acceso que se asocia a buenos resultados en la probabilidad de abstinencia y su continuidad. La otra intervención fue diseñada por Etter (2003), y está dirigida a mujeres embarazadas.

Walters (2006), desarrolló una intervención para mujeres en edad escolar, quien establece que su intervención ayuda a avanzar a la fase contemplativa, a personas que se encuentran en la fase pre-contemplativa.

Por otra parte, Ondersma, Svikis, y Schuster (2007), realizaron una revisión de estudios realizados entre 1995 y 2004; en los que se evaluaban diversas intervenciones que utilizaban internet en el tratamiento del tabaquismo. En dicha revisión hallaron 19 estudios, de los cuales

nueve arrojaban resultados significativos. A partir de ellos es posible recomendar el uso de e-mail para intervenir en esta adicción.

Finalmente, Bermejo (2001), comparó el programa por internet, "*Stomp Out Smokes*", con una terapia tradicional para tratar el tabaquismo en adolescentes, obteniendo mejores resultados en el programa por internet, tanto al término de la intervención como al mes y los seis meses. Sin embargo, nueve meses posteriores al tratamiento, las diferencias no fueron significativas.

### **c) Otro tipo de dependencias**

Patten et al. (2006), desarrollaron una intervención basada en la técnica de entrevista motivacional para disminuir el consumo de drogas en mujeres a continuación del parto. Para ello utilizaron una intervención guiada por ordenador de 20 minutos de duración, junto al envío de e-mail. Los resultados dan cuenta de una disminución del consumo.

Pull (2006), publicó un estudio que da cuenta del tratamiento de un paciente adicto al sexo en internet, el cual tuvo una duración de tres meses. Al finalizar el tratamiento se informaron resultados satisfactorios, los que continuaron con algunos meses de seguimiento.

## **Trastorno Psicóticos**

La esquizofrenia y la adherencia a los tratamientos han sido objeto de intervenciones mediante ciberterapias que pueden ser revisadas a continuación.

### **a) Intervención psicoeducativas en Esquizofrenia**

Con el objetivo de evaluar el impacto de las nuevas tecnologías en las intervenciones psicoeducativas en esquizofrenia, en Pittsburg, Estados Unidos; se desarrolló un programa de intervención orientado a familiares y pacientes que presentan esta enfermedad (Rotondi et al., 2005). Dicho programa pretende difundir y entregar intervenciones psicoeducativas a quienes no pueden acceder a ellas. Para superar esta dificultad de acceso se cuenta con un soporte en página web llamado "*The Schizophrenia Guide Web Site*". En este sitio se proveen los

siguientes recursos señalados en la Tabla 17. Al respecto es conveniente señalar que las intervenciones se desarrollan mediante texto escrito (chat o foros).

**Tabla 17:** Recursos disponibles en “*The Schizophrenia Guide Web Site*”

- 
1. Tres tipos de intervenciones grupales a distancia, en formato multifamiliar, sólo para pacientes y sólo para familiares
  2. Posibilidad de realizar preguntas a expertos
  3. Material educativo mediante artículos
  4. Noticias
- 

Esta intervención ha sido evaluada mediante un diseño aleatorio y controlado, obteniéndose resultados positivos transcurridos tres meses, referidos a que los pacientes disminuyen su estrés percibido y tienden a aumentar su percepción de apoyo social. El presente trabajo de investigación, en parte, es una replicación y avance de la experiencia de Rotondi et al (2005).

#### **b) Solución de problemas**

Vreeland et al. (2006), desarrollaron el programa “*Team Solutions*”, el cual consiste en 24 sesiones psicoeducativas diseñadas para enseñar como convivir con personas con una enfermedad psiquiátrica mayor. El programa aumenta significativamente el conocimiento de la enfermedad y logra gran satisfacción del usuario con la intervención; pero no se hallaron mejoras en su funcionamiento ni en su sintomatología.

#### **c) Adherencia a los psicofármacos**

Frangou, Sachpazidis, Stassinakis y Sakas (2005), realizaron un estudio que utilizaba la plataforma @HOME® para la tele-monitorización de la fármaco-terapia. @HOME® arrojó mejoras en la escala de impresión clínica global y una disminución significativa de las visitas de emergencia y las consultas psiquiátricas.

## **Intervenciones en Psicología de la Salud**

La versatilidad de las ciberterapias ha llevado a que bajo este medio sean posible realizar intervenciones que van desde la psico-oncología hasta el trabajo con enfermedades prolongadas. A continuación es posible revisar una reseña de algunas intervenciones ciberterapéuticas en psicología de la salud.

### **a) Intervención en cáncer (Psico-Oncología)**

Shepherd, Goldstein, Whitford, Thewes, Brummell y Hicks (2006), publicaron un estudio en el cual se testeaba la viabilidad y eficacia de una intervención desarrollada íntegramente mediante videoconferencia para adultos con cáncer que vivían en situación de ruralidad.

Los resultados del estudio dan cuenta de una mejora significativa en la calidad de vida de los participantes, la que se desprende de un descenso significativo de los síntomas ansiosos y de estrés general, así como un aumento significativo en el bienestar emocional y funcional. Por otra parte, también se advierte una disminución de los síntomas depresivos, aunque la magnitud del efecto es moderada. Todo lo anterior concuerda con la opinión de los participantes, quienes calificaron la intervención como satisfactoria y que brindaba ayuda (Shepherd et al., 2006).

### **a) Enfermedades prolongadas**

Hill, Weinert y Cudney (2006) desarrollaron una intervención a distancia (*Women to Women*) enmarcada en el modelo de autoayuda, la cual se dirige a aumentar el bienestar psicológico de mujeres que viven en sectores rurales y presentan enfermedades prolongadas. El tratamiento aumentó la autoestima, el apoyo social y el empoderamiento de las participantes. Se encuentran además, diferencias no significativas pero sí descriptivas en, depresión, soledad, auto-eficacia y estrés.

## **b) Adherencia a tratamiento**

Murdoch y Connor-Greene (2000), utilizaron el *e-mail* como terapia adjunta para aumentar la adherencia al tratamiento. A partir de ello, refieren una mejora en la alianza terapéutica y en la adherencia al tratamiento. Así, en comparación con el contacto cara a cara, se describe una tendencia a la mayor desinhibición por parte del paciente cuando se discuten temas personales.

Por su parte, Carlbring, Bjornstjerna, Bergstrom, Waara, y Andersson (2007), desarrollaron una intervención de apoyo entre pares, dirigida a padres de niños con enfermedades al pulmón. Este estudio arrojó una disminución del aislamiento, un incremento del conocimiento de la enfermedad, y un importante sentimiento de comprensión por parte de los participantes.

## **c) Otras Intervenciones en psicología de la salud**

En Extremadura, España; se ha desarrollado una experiencia para tratar la migraña a distancia, la que es descrita por Ramírez-Moreno et al (2007) y ha arrojado buenos resultados. Asimismo, en Canadá, Hicks, von-Baeyer, y McGrath realizan tratamientos psicológicos para enfrentar la migraña con resultados satisfactorios (Hicks, von-Baeyer, y McGrath, 2006)<sup>30</sup>.

Por otro lado, Frangou, Sachpazidis, Stassinakis, y Sakas (2005), desarrollaron una intervención para aliviar el estrés provocado por el tinitus; la cual arroja disminuciones significativas en la ansiedad, el estrés y la depresión asociada.

Shepherd et al. (2006), evaluaron una intervención a distancia orientada al tratamiento del insomnio, la cual arrojó buenos resultados en la cantidad de tiempo dormido y la eficiencia del sueño; así como importantes efectos en la modificación de creencias y actitudes frente al dormir.

T. Hampton (2006), señala que en Canadá se realiza una intervención en dolor que utiliza libros, video y acceso telefónico; manteniendo el uso de los cuidados del médico primario. Posterior a un seguimiento de un mes y tres meses, el grupo experimental obtuvo una mejora del 72% frente al 14% del grupo control.

---

<sup>30</sup> Respecto al tratamiento para la migraña infantil de Hicks, von-Baeyer, y McGrath; se debe señalar que ésta intervención, en un principio, fue desarrollada por ordenador (McGrath et al., 1992), y que posteriormente fue implementada en internet.



Finalmente, Hill et al. (2006), señalan que las psico-tecnologías también han sido utilizadas en algunos aspectos del tratamiento de la diabetes, trastornos cardíacos y asma, pero no se describen las intervenciones ni los resultados obtenidos.

### **Intervención en Psicología Infantil**

A continuación se describen experiencias en ciberterapias desarrolladas en encopresis y dolor, entre otras aplicaciones que existentes en ciberterapia infantil.

#### **a) Encopresis**

Ritterband et al. (2003), desarrollaron un tratamiento por internet para fortalecer el entrenamiento en el baño de menores que presentaban encopresis. En términos generales, la intervención incluye amplia información sobre temas relacionados con la encopresis (más de 200 páginas), con ilustraciones, elementos interactivos, tutoriales, multimedia y refuerzos, donde se permite el acceso tanto de los padres, como de los niños.

La comparación de esta intervención con otras que no utilizan internet, indica que los participantes en el grupo web mostraron mayores mejoras en la encopresis; incrementando el uso efectivo del baño (Ritterband et al., 2003).

#### **b) Dolor**

Hicks, von Baeyer y McGrath (2006), realizaron una intervención en internet para tratar el dolor pediátrico recurrente en niños de entre nueve y dieciséis años. Este tratamiento incluía a padres e hijos y se realizaba mediante contactos telefónicos y por e-mail. El objetivo buscaba reducir los costos de tratamiento. Los resultados indican que se alcanzó una reducción significativa en los reportes de dolor y en los costos del tratamiento. Sin embargo, los resultados no daban cuenta de cambios significativos en la calidad de vida.

### **c) Otras aplicaciones**

T. Hampton (2006), refieren que en Canadá se realizan intervenciones a distancia dirigidas al tratamiento de algunos problemas de salud mental en niños, tales como el trastorno oposicionista desafiante, enuresis, déficit atencional y las dificultades del sueño, respectivamente. Dichos programas se encuentran disponibles en <http://www.bringinghealthhome.com/>; y se caracterizan por mantener los cuidados médicos primarios, pero agregando el uso de libros, video y acceso telefónico. Lamentablemente, no se hallaron antecedentes sobre la efectividad de los tratamientos.

### **Intervenciones Específicas**

En relación a la psicología de la salud, pero como aplicaciones específicas; a continuación se desarrollan algunos estudios en ciberterapias que abordan desde la relajación hasta disfunciones sexuales.

#### **a) Relajación**

Williamson et al. (2006), realizaron una investigación que indagaba respecto a la aplicación de la técnica de relajación. A partir de esto confirmaron que la intervención por ordenador y la tradicional tienen resultados equivalentes.

#### **b) Psicología de la emergencia y desastres**

Existe una intervención temprana a distancia, dirigida a poblaciones que se ven expuestas a desastres la cual tiene como objetivo principal prevenir las reacciones asociadas al uso de sustancias y las enfermedades mentales. Esta intervención fue puesta en práctica en New York, posterior al ataque terrorista del 11 de Septiembre del año 2001; observándose una disminución descriptiva en los patrones analizados, lo cual incita a continuar profundizando en este tipo de abordajes (Ruggiero et al., 2006).

### **c) Terapia de Parejas**

Existen publicaciones que realizan un análisis teórico respecto a las posibilidades de desarrollar terapias de pareja mediante internet, utilizando una comunicación asincrónica (Grohol, 1999). Por otro lado, Pollock (2006), describe tres estudios de casos en los cuales se utiliza la ciberterapia para abordar problemáticas escolares y conyugales, utilizando videoconferencia, en los que se obtienen resultados favorables.

### **d) Burnout**

Bischoff et al. (2004; Grohol, 1999), evaluaron una intervención dirigida a profesionales de la salud que trabajaban en una unidad de pacientes terminales o que atendían a familias que habían sufrido una pérdida, no informan de resultados significativos, aunque sí descriptivos.

### **e) Violencia Doméstica**

Giardina (2006), describe una intervención de tele-psiquiatría para mujeres que viven en un entorno rural y que han sido afectadas por violencia doméstica; señalando que este tipo de tratamiento resulta útil para desarrollar una rápida atención en crisis. Sin embargo, no existen estudios experimentales al respecto.

### **f) Disfunciones Sexuales**

Nicholas y Keilty (2007), llevaron a cabo un estudio en el cual aplicaban durante tres meses la terapia de Master y Johnson, utilizando sólo el e-mail. Los resultados indicaron una mejora en la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.

### **g) Re-estructuración de creencias irracionales**

Kovalski y Horan (1999), realizaron un estudio aleatorio en el que se evaluó un programa cognitivo basado en internet para re-estructurar creencias mal adaptativas en mujeres adolescentes.

Posterior a la intervención se comprobó que el tratamiento era efectivo para la cultura mayoritaria, pero no para las minorías culturales. Frente a esto, los investigadores se cuestionaron la influencia del nivel socioeconómico y la familiaridad con los ordenadores en el éxito de la intervención (Kovalski y Horan, 1999); asunto que otras investigaciones han descartado (Lange, van-de-Ven et al., 2003).

#### **h) Intervención en reducción de estigma**

Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, y Groves (2004), compararon tres intervenciones en cuanto a la reducción de estigmatización de la depresión. En general, los resultados indican que las intervenciones reducen significativamente el estigma personal o auto-estigmatización.

### ***Algunas conclusiones sobre las ciberterapias y sobre su efectividad***

A modo de síntesis final e integradora respecto a este capítulo sobre ciberterapias es conveniente destacar que el estudio bibliográfico realizado concluye que este tipo de herramientas parecen ser útiles como alternativa de acceso a una gran diversidad de servicios en salud mental. Las investigaciones refieren una serie de experiencias en aplicaciones ciberterapéuticas, existiendo bastante material al respecto. Incluso, debe señalarse que la historia de las ciberterapias no parece ser reciente, sino que existen experiencias desde hace más de 50 años, aunque últimamente y gracias a los avances y penetración de las TICs, estos avances son mayores. Para observar una síntesis final respecto a las experiencias revisadas en ciberterapias, es posible revisar la Tabla 18 que resumen algunos desarrollos en ciberterapia que han sido antes expuestos.

A pesar de lo anterior, uno de las habituales y repetitivas críticas a las que se ven enfrentadas las ciberterapias son los cuestionamientos respecto a su efectividad. Como se ha planteado existen numerosas publicaciones que abordan el tema de las ciberterapia por lo que es un error señalar que no existe investigación al respecto. Por el contrario, el ámbito de las ciberterapias y de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en internet es un campo fértil y en desarrollo. Se debe señalar, eso sí que existen escasas publicaciones en español. En un intento por marcar una tendencia respecto a las dudas en cuanto a la efectividad de las ciberterapias, a continuación se realiza una pequeña síntesis de cuatro meta-análisis que abordan las ciberterapias y los tratamientos sustentados en videoconferencias.

**Tabla 18:** Resumen de las intervenciones en ciberterapias y sus cuadros

Cuadro	Intervenciones Específicas
Trastornos Ansioso	Fobias ( <i>FearFighter</i> ), Prevención ( <i>SERENA</i> ), Fobia Social, Trastorno de Pánico y Agorafobia, Estrés Post-Traumático ( <i>Interapy</i> ) y Trastorno Obsesivo Compulsivo
Trastornos Depresivos	Depresión (ODIN: <i>Overcoming Depression on the InterNet; Beating the Blues y BluePages</i> ), Depresión Post-Parto, Consultoría: ( <i>TEAM Telemedicine enhanced antidepressant management</i> )
Desórdenes Cerebrales	Intervención Familiar en <i>niños</i> con Daño Cerebral, Cuidadores de Alzheimer, Adolescentes con epilepsia y Evaluación Neuro-psicológica
Trastornos Alimentarios	Insatisfacción corporal, <i>preocupaciones</i> sobre el peso ( <i>Student Bodies</i> ), Bulimia y anorexia
Abuso de Sustancias	Abuso de Alcohol ( <i>CopingMatters</i> ), Tabaquismo ( <i>QuitNet y Stomp Out Smokes</i> ), Prevención del abuso de sustancias en mujeres embarazadas
Trastornos Psicóticos	Psicoeducación en <i>esquizofrenia</i> ( <i>The Schizophrenia Guide Web Site</i> ), Resolución de problemas ( <i>Team Solutions</i> ), Adherencia al tratamiento
Psicología Infantil	Encopresis, Trastorno oposicionista desafiante, Déficit atencional, Dolor, Enuresis, Dificultades del sueño
Otros Cuadros	Psico-oncología, Urgencias Psiquiátricas, Reducción de Estigma, Re-estructuración de Pensamientos Irracionales, Prevención del Suicidio, Disfunciones Sexuales, Apoyo en Enfermedades Crónicas, Adherencia a Tratamiento, Migraña, Tinutus, Insomnio, Relajación, Sobrepeso, Psicología de la Emergencia y Desastres, Terapia de Parejas, Burnout, Adicción al Sexo por Internet, Violencia Doméstica

En cuanto a los meta-análisis que abordan las ciberterapias y los tratamientos basados en videoconferencia, se pueden señalar al menos cuatro: el de Armstrong (2006); Hyler et al. (2005); Barak et al. (2008); y García-Lizana y Muñoz Mayorga (2010), si se suman todos los estudios que abordan cada uno de ellos se llega a contar con más de 1.000 estudios que reflejan los resultados de más de 10.000 usuarios de ciberterapias. De los estudios mencionados al menos 100 resisten un análisis mediante la metodología de meta-análisis.

Barak et al. (2008), analizaron 64 artículos que examinaban la efectividad de terapias desarrolladas de forma online; hallaron un total de 92 estudios que envolvían a un total de 9.764 usuarios. Los autores concluyen que la ciberterapia alcanza un tamaño de efecto medio (0,53) lo que es un efecto similar al que alcanzan los tratamientos tradicionales. Al mismo tiempo, los autores se centraron en 14 estudios que reportaban la efectividad comparada entre tratamientos tradicionales y online; los resultados no indican diferencias de efectividad entre ambos formatos de tratamientos. A modo de conclusión, los autores señalan que existe un fuerte sustento para la adopción de intervenciones psicológicas online.

Por otro lado, Armstrong (2006), desarrolló una tesis doctoral en la que comparaba mediante un meta-análisis la evaluación psiquiátrica cara a cara versus la realizada mediante videoconferencia. Sus resultados informan que ambos formatos de evaluación obtienen similares resultados.

García-Lizana y Muñoz Mayorga (2010), realizaron una revisión sistemática de 620 artículos y eliminaron todos aquellos que contaban con menos de diez participantes; entre ellos encontraron diez estudios controlados y aleatorios en donde se representaban a 1.054 usuarios. Los resultados de esta revisión indican que existe evidencia insuficiente respecto al manejo de las enfermedades mentales mediante tele-psiquiatría; pero, el que los tratamientos desarrollados mediante videoconferencia obtienen resultados similares a los que se realizan cara a cara, es una consistente hipótesis según las orientaciones que aportan las publicaciones.

Siguiendo con el análisis de meta-análisis, Hyler et al. (2005), revisaron un total de 380 estudios que evaluaban la tele-psiquiatría en comparación con la valoración cara a cara y que habían sido publicados desde el año 1956. Esta meta-análisis involucró a un total de 500 participantes de 14 estudios que cumplían los criterios establecidos para la realización de un meta-análisis. Hyler et al. concluyen que existen efectos similares de ambos formatos de evaluación. Una de las aportaciones de este meta-análisis es que el tamaño del efecto resultante de las evaluaciones mediante videoconferencia es moderado por el ancho de banda con las que se contaba en las intervenciones, ya que el ancho de banda determina la calidad y la consecuente profundidad y precisión de las evaluaciones.

Los anteriores reportes señalan que la ciberterapia, y los tratamientos a distancia y sustentados en internet parecen ser tan efectivos como los tradicionales, por lo que desde el punto de vista de la metodología de meta-análisis no se cuestiona la efectividad del modelo ciberterapéutico en general; siendo el siguiente paso el establecer la utilidad en circunstancias particulares y específicas. Para lograr y cimentar la efectividad de las ciberterapias en campos específicos se deberían seguir los pasos que ha seguido la investigación en tratamientos online y que se resumen a continuación.

El análisis de las ciberterapias puede comenzar refiriéndose al grado de satisfacción que reportan y las investigaciones señalan un alto grado de aceptación de estas aplicaciones. Se debe señalar eso sí que el rápido avance de las tecnologías con el consecuente cambio de psico-tecnologías utilizadas; lleva a que los estudios deben una y otra vez actualizar estudios sobre satisfacción al utilizar nuevos tipos de herramientas. Por ejemplo, no es lo mismo valorar

la satisfacción de una intervención ciberterapéutica que utiliza correo electrónico con otra que utiliza videoconferencia.

Posterior a los estudios sobre satisfacción existen estudios sobre eficacia. Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira (2008), realizaron un exhaustivo meta-análisis revisando 92 estudios que cumplían estrictos criterios y que habían sido publicados hasta el año 2006. En total estos estudios involucraban a 9.764 usuarios que habían sido tratados mediante diversos tipos de ciberterapias que afrontaban una variedad de cuadros y problemáticas. Los resultados de estos autores indicaron un tamaño de efecto medio (0,53), lo que indica una gran similitud entre el efecto de los tratamientos tradicionales y los online.

En este mismo estudio Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira (2008), encontraron 14 estudios que comparaban directamente tratamiento tradicionales con ciberterapia. No hallan diferencias significativas en los efectos de cada uno. Como conclusión, Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, señalan que la investigación publicada provee suficiente apoyo para la adopción de las ciberterapias como una actividad legítima. Al mismo tiempo, la revisión realizada aborda una serie de ejemplos y alternativas de tratamientos ciberterapéuticos en una gran variedad de cuadros y trastornos mentales.

A continuación de abordar la satisfacción y la eficacia, es necesario reflexionar respecto a experiencias de implementación. Las conclusiones de esta revisión sobre ciberterapias señalan que no es necesaria la experiencia en el manejo de ordenadores; así como tampoco se exigen grandes cambios respecto al marco de trabajo tradicional ya que no se modificarían las técnicas de trabajo, solamente el medio. Todo lo anterior, apunta a que parece ser recomendable el desarrollo de este tipo de complementos a la atención tradicional.

Quizás, y como contrapunto a las ventajas reflejadas; se debe señalar que existe poca información respecto a la implementación en marcos de trabajo real del trabajo en salud mental. Al mismo tiempo que la mayor parte de los estudios suele utilizar participantes que cuentan con conocimientos y recursos informáticos (Andersson, 2009). De este modo, un avance en los conocimientos sobre ciberterapias debe ser el desarrollo de experiencias en un entorno natural de trabajo en salud mental, así como la utilización de participantes sin mayor experiencia en el uso de ordenadores.





### ***III. JUSTIFICACION, PREGUNTAS GUÍAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO***

A continuación se desarrolla el razonamiento que guía el presente estudio. Para ello se comienza con la justificación, que es abordada desde un punto de vista personal del investigador así como desde un punto de vista general señalando el grado de innovación. Posterior a ello, se presentan las preguntas guías que orientan los diferentes aspectos de la investigación, para continuar con los objetivos y finalizar con las hipótesis que se pretende contrastar en el estudio.

#### ***Justificación y grado de innovación***

En resumen la presente investigación pretende conocer el proceso de implementación así como los resultados que genera un tratamiento online psicoeducativo familiar para personas con el diagnóstico de esquizofrenia. El razonamiento a la base de este objetivo es que entre los tratamientos indicados en la esquizofrenia se encuentra la psicoeducación pero el acceso a este tipo de intervenciones suele encontrar muchos obstáculos. Una forma de superar estas dificultades pueden ser las ciberterapias y es por ello que es de interés conocer un proceso de implementación así como los resultados que se concluyen.

De acuerdo a la revisión realizada y aportada en el marco referencial, existen experiencias similares. Particularmente, Rotondi et al. (2005), desarrollaron una psicoeducación familiar en esquizofrenia durante tres meses; A continuación se pretende informar respecto a las justificaciones tanto personales como específicas del estudio que se desarrolla a lo largo de este trabajo de investigación. En este caso, existe un avance importante respecto al estudio de Rotondi ya que se utilizará la videoconferencia y el período de intervención será de nueve meses. Otro elemento importante son las apreciaciones de Andersson (2009), en cuanto a la falta de estudios naturalistas y con usuarios inexpertos en informática. En este punto, el presente estudio también aporta un grado de innovación ya que se pretenden desarrollar sin considerar las habilidades informáticas de los participantes.

Para sintetizar los avances que aporta este estudio, es posible revisar la Tabla 19; en ella se abordan los temas fundamentales en los que se este estudio es una contribución.

### ***Justificación personal***

Las dificultades que se enfrentan al momento de comenzar la vida laboral marcaron una huella profunda en mi relación con la formación y el perfeccionamiento. La situación inicial de cesantía me ha llevado a mantener una constante formación que ya transcurre sin pausa durante más de 11 años de estudios formales. Una vez concluida la carrera algo me ocurrió que me llevó a invertir preferentemente en formación más que en otros bienes materiales. Al parecer y de momento, me satisface más amoblar la cabeza que el salón de casa. Todo ello llevó a que durante seis años de trabajo como funcionario público en Chile, la meta fuese obtener una beca que permitiera financiar estudios en el extranjero. Junto a ellos realicé la formación en Psicología Clínica, así como un Máster en Psicología Social y Comunitaria y un título en psico-diagnóstico.

Junto a ello, y en relación a una visión muy romántica de la formación, siempre mantuve entre mis planes el realizar un doctorado en la Universidad de Salamanca. Más aún, la estreches económica de mi proyecto de formación doctoral no permitía otra alternativa; sobre todo cuando la idea era viajar en familia. El prestigio que mantiene la *USal* en Latinoamérica determinó la decisión final.

Una vez llegado a Salamanca, y sin haber transcurridos un par de días, la tarea fue hallar una línea de investigación que fuese posible realizar a lo largo de tres años. Luego de múltiples

entrevistas con la mayor parte de los profesores del programa de doctorado en Psicología Clínica y de la Salud; la sugerencia del Dr. Fernando Jiménez Gómez, y la propuesta del Dr. Manuel A. Franco-Martín fue la más concreta y, pasado el tiempo, la correcta.

**Tabla 19:** Grado de innovación del presente estudio

Área	Estado Actual	Innovación
Psicoeducación online	Rotondi et al. (2005), y Haley et al. (2010), desarrollaron estudios sobre psicoeducación en esquizofrenia	Se amplía el proceso desde los tres a los nueve meses Sus resultados se valoran mediante instrumentos Se utiliza videoconferencia Los participantes son seleccionados por profesionales ajenos al estudio
Ciberterapias	Existen múltiples estudios sobre ciberterapia (Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, 2008)	Se desarrolla un estudio naturalista y ecológico Se investigan elementos de implementación Se valora el funcionamiento de la videoconferencia grupal e individual Se realiza una doble comparación con un grupo tradicional y una situación control La experiencia transcurrirá a lo largo de nueve meses
Ruralidad	Existen estudios sobre ciberterapia en entornos rurales (Griffiths y Christensen, 2007)	Se desarrolla un estudio con intenciones naturalistas y ecológicas Participantes sin experiencia informática Se investigan elementos de implementación en entornos rurales Se aborda el tema de la ruralidad, la psicoeducación y la esquizofrenia
Métodos	Se han desarrollado estudios sobre ciberterapias	La mayor parte de los instrumentos utilizados son auto-aplicados lo que es una diferencia con los instrumentos utilizados en anteriores estudios
Instrumentos de medición	Existen instrumentos de valoración de los conocimientos sobre la esquizofrenia y sobre emoción expresada	Se utiliza instrumentos auto-aplicado que brindan información cualitativa y cuantitativa

Para comenzar una investigación de largo aliento se hace necesario constancia, energía, motivación e interés. El presente estudio forma parte de una de las líneas de investigación del área de I+D+i de Fundación INTRAS y fue presentado originalmente por el Dr. Manuel A. Franco-Martín como posible línea de investigación doctoral. En un principio y siguiendo las

habituales reacciones que tienen los psicólogos ante las propuestas ciberterapéuticas, la reacción ante la propuesta de abordar un tratamiento sustentado en internet fue de duda, desconocimiento y algo de rechazo.

Una vez realizada una superficial revisión sobre ciberterapias se tuvo la sensación de descubrimiento cuando se abre un nuevo conocimiento. Las ciberterapias son un área de investigación y de práctica plagada de prejuicio y desconocimiento, y la oportunidad de abordarlo, una vez superada la ignorancia al respecto, se tradujo en una fuerte motivación.

Para desarrollar este trabajo se debió contar con ciertas habilidades que permiten orientar las herramientas que son necesarias para desarrollar este tipo de trabajo terapéutico. En primer lugar, Yo contaba con experiencia en manejo de grupos y de trabajo con familias y usuarios que padecen enfermedad mental grave y prolongada. Por otro lado, contaba con interés y cierta habilidad informática que se vuelve fundamental en ciberterapias. Por otro lado, circunstancias propias de la migración llevaron a hacer un uso intenso de los medios de comunicación informático. Esta experiencia me facilitó comprender de mejor manera los procesos de comunicación que se desarrollan en una ciberterapia.

Estas habilidades y situaciones circunstanciales hicieron que se constituyese como una necesidad el abordar el tema no sólo las ciberterapias, sino que también el de las relaciones online; la educación a distancia; y las amplias oportunidades que brindan las TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación). La visión personal respecto a los beneficios que puede brindar el desafío de abordar las ciberterapias indican que es una línea de desarrollo en expansión que puede brindar una gran amplitud de oportunidades de desarrollo futuro, de modo que es posible mantener una línea investigativa y profesional prolongada.

Finalmente, el presente trabajo me ha permitido conocer la realidad rural española; viajar por pueblos desconocidos y compartir con la España campesina. Este tipo de experiencias reforzaron aún más el interés por desarrollar el estudio, incluso permitieron superar el tedio durante los largos viajes y los problemas que se fueron desarrollando a lo largo del mismo.

Este trabajo de investigación comenzó con el desarrollo del *Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud* y el contacto con el *Servicio de Psiquiatría de Zamora*; afortunadamente el programa de doctorado cuenta con este campo de estudios empíricos que permite desarrollar múltiples áreas de investigación.

Uno de los primeros avances en la investigación fue la presentación de un póster en el *XII Congreso Bilbaíno de Salud Mental* (López, Soto-Pérez, Velásquez, y Franco-Martín, 2007). Dicho póster reflejaba los avances en la elaboración del marco referencial en relación a los modelos psicoeducativos. Posterior a ellos en el *III Congreso de Rehabilitación y Salud Mental* organizado por el *Instituto de Integración en la Comunidad* de la Universidad de Salamanca se presentó un póster en donde se reflejaban los avances en el marco referencial sobre ciberterapias (Soto-Pérez, Monardes-Seemann, y Franco-Martín, 2007). A continuación se participó en congreso que aumentaron el refinamiento de los avances teóricos y empíricos en la investigación que se comenzaba a desarrollar (Soto-Pérez, Gil, Orihuela, y Franco-Martín, 2008; Velásquez et al., 2008)

Todos estos avances concluyen en la obtención del *Diploma de Estudios Avanzados en Psicología Clínica y de la Salud* otorgado por la Universidad de Salamanca, conseguido con la lectura del trabajo: "*Hacia una aplicación mediante nuevas tecnologías del tratamiento psicoeducativo familiar en Esquizofrenia*"; dirigido por los Doctores Manuel A. Franco-Martín y Fernando Jiménez Gómez (Soto-Pérez, 2008).

Una vez superada esta instancia de formación, la producción científica relacionada con esta investigación ha llegado a superar los 15 póster: sean realizado más de cinco ponencias en congresos nacionales como internacionales y se publicado más de cinco artículos en Revistas y Libros científicos referidos a esta línea de investigación (Soto-Pérez et al., 2009; Soto-Pérez, De vena-Diez et al., 2011; Soto-Pérez, De Vena Diez et al., 2010; Soto-Pérez, Franco-Martín et al., 2011; Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes, y Jiménez, 2010; Soto-Pérez, Monardes-Seemann, Franco-Martín, Porto-Payán, y Jacotte-Simancas, 2009).

En definitiva, la experiencia desarrollada a lo largo de este trabajo de investigación es un reflejo fiel de cómo un profesional lejano y reticente a adoptar las nuevas tecnologías como medio para el desarrollo de tratamientos, una revisado el tema concienzudamente, puede volverse en un promotor de sus ventajas. Junto con ello, desarrollo de este trabajo también es un fiel reflejo de cómo un investigador debe ser curioso, comportarse como un detective arriesgado que está dispuesto incluso a ir en contra de sus principios y afrontar sus temores para aumentar el conocimiento y aproximarse a nuevos desarrollos investigativos.

Es todo lo anterior lo que ha permitido concluir esta investigación, pero nunca deja de ser imprescindible el apoyo de los Directores de este trabajo; los miembros y participantes del

área de I+D+i de Fundación INTRAS; y los trabajadores, familiares y usuarios del Servicio de Psiquiatría de Zamora; la familia; y la buena suerte.

### ***Justificación del estudio***

El razonamiento que guía el presente estudio comienza con la necesidad de aumentar la cobertura de atención de una patología tan compleja como es la esquizofrenia. Dentro de los tratamientos psicosociales que tienen reconocida eficacia en la esquizofrenia se encuentra la psicoeducación. Esta intervención requiere de la participación de las familias, quienes deben dedicar tiempo y energía en asistir a sesiones y compartir asuntos personales. La bibliografía señala que, justamente, es la participación una de las barreras más importantes en la implementación de psicoeducaciones familiares.

Pero no sólo es la participación *per-se* la que dificulta la implementación de tratamientos psicoeducativos; el entorno rural y otras dificultades de acceso suelen dificultar aún más el que las familias y usuarios se beneficien de un tratamiento con probados efectos beneficiosos. De hecho la condición de vida en ruralidad es considerada una condición de desigualdad que habitualmente genera inequidad e injusticia en el acceso a la salud.

En provincias como Zamora, algunas familias deben viajar cinco horas para acudir a un centro en donde se desarrolle psicoeducación; inclusive en ocasiones no cuentan con conexiones de transporte público que les permita regresar a su domicilio en la misma jornada, por lo que deben dedicar hasta más de un día para recibir algunos tratamientos. Junto con la dispersión geográfica, muchas veces la disposición horaria de la atención en salud no se concilia con el trabajo u otras actividades. Incluso, la estigmatización es otra barrera ante la participación en tratamientos de salud mental.

Lo anterior hace reflexionar sobre la necesidad de abordar alternativas que permitan y faciliten el acceso de las familias a algunos cuidados como la psicoeducación. Ante este escenario, la atención a distancia, las tecnologías y particularmente internet se constituyen en una posible alternativa. Durante la última década han comenzado a publicarse una serie de estudios y experiencias que apuntan a que las ciberterapias pueden ser tan efectivas como una atención tradicional y más eficientes en cuanto a facilitar el acceso. Es decir, es un deber de las administraciones el desarrollar alternativas como la que aquí se propone para superar la

inequidad y la injusticia que producen la condición de vida rural en cuanto al derecho al acceso a la salud.

Es por todo lo anterior que el presente estudio pretendió conocer el proceso de implementación y la eficacia de un tratamiento psicoeducativo familiar en esquizofrenia que se desarrolla mediante ciberterapia. La consecución de este estudio brinda información complementaria con la existente ya que profundiza en aspectos de implementación que no han sido abordados previamente. Asimismo, utiliza población sin mayor experiencia informática lo que brinda una experiencia previamente no investigada. Por otro lado, se pretendió conocer el desempeño de una plataforma de ciberterapia en un contexto normalizado y natural, de modo que se orientan futuras actuaciones en el mismo entorno. Todo lo anterior implica un avance en el estado de la cuestión de las psicoterapias, la psicoeducación, la atención rural, y las ciberterapias.

Se debe señalar que el presente estudio, en un inicio comenzó como un ensayo clínico que pretendía comparar el desempeño de los cuidados habituales, la psicoeducación tradicional, y la psicoeducación mediante ciberterapia. Si bien el objetivo final de este trabajo satisface en parte la meta anteriormente señalada; muchos de los resultados han sido orientados al proceso de implementación de una ciberterapia. Por ejemplo, se abordan determinantes de usabilidad, o factores tecnológicos como la cobertura de internet que pueden afectar el desarrollo de una ciberterapia. Este cambio de foco y énfasis en la investigación es una consecuencia de los efectos que produjo el desarrollo en terreno de la planificación teórica: mucho de lo que plantean las publicaciones no es aplicable en la Provincia de Zamora.

Todos estos avatares del desarrollo empírico de esta investigación llevaron a ampliar el foco de análisis, incorporar la investigación cualitativa y desarrollar un registro de campo de las múltiples incidencias que se debió afrontar a lo largo del desarrollo del proceso de implementación de ciberterapia. Es decir, más que centrarse en el ensayo clínico sobre los efectos de dos modelos de psicoeducación, la presentación también aborda los determinantes que pueden afectar una implementación de ciberterapia. Y es en este último punto en donde existen mayor escases de referencias y referentes.

Es importante señalar que, a pesar de las innumerables dificultades, a la complejidad y multi-determinación del objeto de estudio, en la actualidad y como resultado de esta investigación se cuenta con un programa de atención mediante ciberterapia; se cuenta con una plataforma útil y probada para desarrollar ciberterapia y se conoce la necesidad e interés

de la población y de los usuarios por contar con un apoyo tan novedoso como el propuesto. Todo ello, refleja los avances y aportes que entrega la presente investigación.

### ***Preguntas guías***

A continuación se señalan las preguntas guías que orientan hacia los objetivos y que, particularmente orientan el procedimiento de investigación cualitativo. Asimismo estas preguntas conducen los diferentes elementos que debe abordar el estudio para dar respuesta a estas preguntas de modo de conseguir los objetivos que a continuación se proponen. En total se plantean 21 preguntas que guían la investigación.

1. ¿Es posible desarrollar un tratamiento psicoeducativo mediante ciberterapia?
2. ¿Qué elementos tecnológicos deben considerarse al desarrollar una ciberterapia?
3. ¿Pueden realizarse ciberterapias con la red de cobertura de internet en la provincia de Zamora?
4. ¿Qué nuevas variables se incorporan al tratamiento psicoterapéutico al desarrollarlo en un entorno online?
5. ¿Qué variables influyen en un tratamiento ciberterapéutico?
6. ¿Qué variables afectan al servicio?
7. ¿Qué variables afectan al usuario?
8. ¿Qué variables afectan al profesional?
9. ¿Aceptan los usuarios este tipo de terapias?
10. ¿Qué elementos son los más resaltados?
11. ¿Cuáles elementos debe ser mejorados?
12. ¿Los usuarios de *psicoED* señalan percibir un sentido de presencia?
13. ¿Los usuarios de *psicoED* señalan recordar las sesiones como lo harían en una situación cara a cara?
14. ¿Qué tipo de vínculo establecen los usuarios de *psicoED* con la plataforma?
15. ¿Cuáles fueron las reacciones que tuvieron los usuarios de *psicoED* cuando se les planteó la posibilidad de recibir una ciberterapia?
16. ¿Cómo describen el proceso de tratamiento los usuarios de *psicoED*?
17. ¿Qué percepción tienen los usuarios de *psicoED* en cuanto a su eficacia?
18. ¿Qué grado de facilidad o dificultad encontraron los usuarios que recibieron ciberterapia en el uso de la plataforma?



19. ¿Perciben mejoras en el conocimiento de la enfermedad los usuarios de *psicoED*?
20. ¿Qué sugerencias plantean los usuarios de *psicoED* para mejorar la plataforma de ciberterapia?
21. ¿Cuáles son los resultados de *psicoED*?

## **Objetivos**

A continuación se presentan los tres objetivos generales que se pretenden alcanzar en el presente estudio y los 16 objetivos específicos que se desprenden para la consecución de esa investigación.

### **Objetivos generales**

1. Desarrollar y evaluar una plataforma de atención a distancia capaz de sustentar un tratamiento psicoterapéutico que mejore el acceso de los familiares de personas con esquizofrenia a las prestaciones de cuidados en salud, y específicamente, a la psicoeducación familiar.
2. Determinar aspectos fundamentales del proceso de implementación de una ciberterapia como *psicoED* en un entorno real como la Provincia de Zamora y el Servicio de Psiquiatría de Zamora.
3. Conocer y comparar la utilidad de la plataforma de ciberterapia *psicoED* en relación a un tratamiento psicoeducativo tradicional y a un grupo control.

### **Objetivos específicos**

1. Desarrollar, utilizar y valorar una plataforma online que permita el desarrollo de ciberterapias (*psicoED*), y en este caso, específicamente psicoeducación.
2. Desarrollar un tratamiento psicoeducativo mediante ciberterapia utilizando la plataforma online denominada *psicoED*.
3. Conocer los aspectos tecnológicos que pueden determinar la implementación de una alternativa de tratamiento mediante ciberterapia en la Provincia de Zamora.
4. Determinar variables que pueden influir en el desarrollo de un tratamiento mediante ciberterapia en familiares de personas con esquizofrenia en la provincia de Zamora

5. Valorar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a una intervención psicoeducativa tradicional en cuanto a las expectativas que generan ambas intervenciones.
6. Determinar los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto a la satisfacción con la intervención.
7. Conocer el desempeño de la plataforma *psicoED* en cuanto a los requerimientos de tiempo para los profesionales
8. Describir la frecuencia de contactos y el tipo de contactos que se establecen en un tratamiento mediante *psicoED*.
9. Acreditar los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto al establecimiento de la alianza de trabajo.
10. Establecer los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto al conocimiento que obtienen los participantes transcurridos nueve meses de tratamiento.
11. Conocer los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto al apoyo social que obtienen los participantes tras de nueve meses de tratamiento.
12. Determinar los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes después de nueve meses de tratamiento.
13. Describir los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto a la salud general de los participantes tras nueve meses de tratamiento.
14. Detallar la valoración de usabilidad que plantean los usuarios de la plataforma de ciberterapia *psicoED*.
15. Determinar el sentido de presencia que aprecian los usuarios de la plataforma de ciberterapia *psicoED*.
16. Conocer la visión de los participantes de la experiencia de un tratamiento mediante ciberterapia en la plataforma *psicoED* desde el punto de vista cualitativo.

## ***Hipótesis***

A continuación se señalan las hipótesis que se ajustan a una metodología cuantitativa inferencial o de contraste de hipótesis. Las hipótesis han sido agrupadas bajo cada uno de los objetivos específicos y siguiendo la numeración correspondiente en el apartado de objetivos; por ello comienzan desde el número cuatro. También, se debe señalar que los objetivos específicos 13 y 14 son abordados utilizando una metodología cuali y cuantitativa, pero esta última es descriptiva y no inferencial por lo que no se plantean hipótesis al respecto. En total este estudio comprende 11 objetivos que se abordan desde una metodología cuantitativa de

los que se desprenden 14 hipótesis de trabajo que serán contrastadas y resueltas en las conclusiones<sup>31</sup>. A continuación, se señala como  $H_0$  la hipótesis nula y  $H_a$  la hipótesis alternativa de cada uno de los objetivos que se pretenden resolver mediante métodos cuantitativos.

- 4) Valorar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a una intervención psicoeducativa tradicional en cuanto a las expectativas que generan ambas intervenciones.
  - a)  $H_0$ : No se encontrarán diferencias en cuanto a las expectativas ante el tratamiento al examinar las expectativas de los participantes de una psicoeducación tradicional y una mediante *psicoED* ( $\alpha \geq 0,05$ ).  
 $H_a$ : Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha \leq 0,05$ ) entre las expectativas ante el tratamiento de los participantes de una psicoeducación tradicional y los participantes de *psicoED*.
  - b)  $H_0$ : Existirá una asociación moderada ( $r \leq \pm 0,39$ ) entre el nivel de expectativas y la experiencia en el uso de ordenadores.  
 $H_a$ : Las expectativas que se generen ante la propuesta de ciberterapia se relacionarán a lo menos moderadamente con la experiencia en el uso de ordenadores ( $r \geq \pm 0,4$ )
- 5) Determinar los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto a la satisfacción con la intervención.
  - a)  $H_0$ : No existirán diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la intervención entre aquellos usuarios que recibieron un tratamiento online y aquellos que lo recibieron de forma tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).  
 $H_a$ : Existirán diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la intervención entre aquellos usuarios que recibieron un tratamiento online y aquellos que lo recibieron de forma tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).

---

<sup>31</sup> Los primeros objetivos no cuentan con hipótesis que orienten la investigación cuantitativa ya que se abordan desde la metodología cualitativa. Es por ello que las  $H_0$  comienzan desde el número 4.

- 6) Conocer el desempeño de la plataforma *psicoED* en cuanto a los requerimientos de tiempo para los profesionales
- a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del tiempo entre aquellos terapeutas que realizaron un tratamiento online y aquellos que de forma tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).
- H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso del tiempo entre aquellos terapeutas que realizaron un tratamiento online y aquellos que de forma tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).
- 7) Describir la frecuencia de contactos y el tipo de contactos que se establecen en un tratamiento mediante *psicoED*.
- a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia total de contactos que se realizaron en un tratamiento online y aquellos que se realizaron de forma tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).
- H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia total de contactos que se realizaron en un tratamiento online y aquellos que se realizaron de forma tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).
- 8) Acreditar los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto al establecimiento de la alianza de trabajo.
- a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la medida de alianza de trabajo en un tratamiento online y aquella que se produce en un tratamiento tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).
- H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la medida de alianza de trabajo en un tratamiento online y aquella que se produce en un tratamiento tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).
- 9) Establecer los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto al conocimiento que obtienen los participantes transcurridos nueve meses de tratamiento.
- a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al conocimiento alcanzado en un tratamiento online y aquél que resulta de un tratamiento tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al conocimiento alcanzado en un tratamiento online y aquél que resulta de un tratamiento tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).

b) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al conocimiento alcanzado en un tratamiento online y aquél que resulta de una situación control ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al conocimiento alcanzado en un tratamiento online y aquél que resulta de una situación control ( $\alpha \leq 0,05$ ).

10) Conocer los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto al apoyo social que obtienen los participantes transcurridos de nueve meses de tratamiento.

a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al apoyo social percibido al finalizar un tratamiento online y aquél que resulta a continuación de un tratamiento tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al apoyo social percibido al finalizar un tratamiento online y aquél que resulta una vez recibido un tratamiento tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).

b) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al apoyo social percibido al finalizar un tratamiento online y aquél que resulta de una situación control ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al apoyo social percibido al finalizar un tratamiento online y aquél que resulta de una situación control ( $\alpha \leq 0,05$ ).

11) Determinar los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes transcurridos nueve meses de tratamiento.

a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes transcurridos de nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta como resultados de un tratamiento tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes tras nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta después de un tratamiento tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).

b) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes tras nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta de una situación control ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes tras nueve meses de tratamiento online y aquél que de una situación control ( $\alpha \leq 0,05$ ).

12) Describir los resultados de la plataforma *psicoED* en cuanto a la salud general de los participantes posterior a nueve meses de tratamiento.

a) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la salud general en los participantes una vez transcurridos nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta posterior a un tratamiento tradicional ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la salud general en los participantes a continuación de nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta posterior a un tratamiento tradicional ( $\alpha \leq 0,05$ ).

b) **H<sub>0</sub>**: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la salud general en los participantes como resultado de nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta en una situación control ( $\alpha \geq 0,05$ ).

**H<sub>a</sub>**: Existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la salud general en los participantes posterior a nueve meses de tratamiento online y aquél que resulta en una situación control ( $\alpha \leq 0,05$ ).

#### ***IV. POBLACIÓN, MATERIALES, MÉTODOS y PROCEDIMIENTOS***

A continuación se desarrolla el marco metodológico que guió la presente investigación. Para ello se comienza haciendo una extensa referencia a la población en la que se enmarca el estudio: la Provincia de Zamora y su Servicio de Psiquiatría; para concluir el apartado con la muestra que participó en el estudio. A continuación, se aborda el material utilizado, en donde se resumen las características generales del programa de psicoeducación tradicional y del programa online *psicoED*; así como los instrumentos de medición utilizados. Consecutivamente, se desarrolla la metodología y los procedimientos utilizados, haciendo referencia al tipo de estudio, la metodología y procedimiento bibliográfico, la metodología y procedimientos cuantitativos y cualitativos.

##### ***Población y muestra***

Para expresar de manera precisa la población en que se desarrolla el estudio se comienza por determinar algunas particularidades del Servicio de Psiquiatría de Zamora (SPZ), y su población a cargo. A continuación se abordan las características de la muestra de participantes.

## ***El servicio de psiquiatría de Zamora***

A continuación se señala una breve descripción del Servicio de Psiquiatría de Zamora (SPZ), identificando sus componentes básicos así como las características principales de su población.

### **Características generales de la población asignada al Servicio de Psiquiatría de Zamora**

Zamora es una provincia de la Comunidad Autónoma de Castilla y León ubicada en el noroeste de España en la zona fronteriza con Portugal. Abarca unos 10.561 km<sup>2</sup>, con una población de 194.903, lo que implica una densidad poblacional de 18,45 habitantes por km<sup>2</sup> (Instituto Nacional de Estadísticas, 2007). De acuerdo a los últimos censos, la población Zamorana está sufriendo un descenso o proceso de regresión demográfica. Se evidencia en que la tasa de natalidad es inferior a la de mortalidad (0,91), y alrededor de 1.452 habitantes dejan la provincia cada año (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010a). Es por ello que se habla de la población Zamorana, como envejecida<sup>32</sup>, en regresión demográfica y pobre, ya que la Provincia de Zamora tiene un ingreso per cápita que no alcanzaba al 65% del ingreso medio de la Unión Europea previo al ingreso de Bulgaria y Rumania. Posteriormente a la inclusión de estos países el ingreso es del 78,7% de la media europea (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010b).

En cuanto a la distribución de la población en el territorio, junto a la baja densidad poblacional, alrededor de un 65% (unos 126.687 habitantes), de las viviendas Zamoranas es considerada rural o intermedia, ya que se ubican en municipios de menos de 10.000 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010c). Por esta gran distribución territorial junto a la baja densidad poblacional, la provincia de Zamora cuenta con muchos municipios (2.247), de los cuales 1.961 (87,3 %) no superan los 1.000 habitantes, y 412 (18,3%) cuentan siquiera con 100 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010c).

De este modo, se puede calificar a Zamora como una Provincia rural y, para comprender el impacto de la ruralidad en la salud se debe abordar primero el tema de la equidad. En salud, la equidad puede ser definida como la igual oportunidad de acceso al potencial completo de salud, la ausencia de diferencias sistemáticas, potencialmente remediabiles, en uno o más aspectos de la salud; que tuvieran lugar en grupos o subgrupos definidos geográfica, demográfica, económica o socialmente (Macinko y Starfield, 2002).

---

<sup>32</sup> Zamora tiene una media de edad de casi 49 años, siendo que la media española es de 40,5 años. Así, la edad media de Zamora es la tercera más alta de España (Torres-León, 2010).



Así, este gran porcentaje de población rural en la provincia de Zamora implicaría que muchos de los usuarios de los servicios deban trasladarse grandes distancias para satisfacer sus necesidades de salud. Todo ello muchas veces se traduce en la imposibilidad de muchos zamoranos en acceder a los servicios, impactando en la equidad y justicia necesaria en la prestación de servicios éticos de cuidados (Ferrer, 2003; Hauenstein et al., 2006).

La Junta de Castilla y León (Junta de Castilla y León) señala que, junto a la distribución rural y la baja densidad poblacional, Zamora carece de un sistema adecuado de transporte e interconexión, lo que se traduce en un aislamiento de una gran cantidad de ciudadanos por la inexistencia de un sistema de transporte accesible y por problemas de comunicación entre los pequeños pueblos a nivel interno y regional (Junta de Castilla y León, 2004).

Este problema de conectividad para el lograr acceso ha sido denominada capacidad de movilidad espacial en el acceso a la salud y se asocia a múltiples variables como la distancia hasta el centro de salud o la disponibilidad de medios de transporte para acceder a los recursos de salud (Arcury et al., 2005). De este modo, la población Zamorana tendría una muy baja capacidad de movilidad espacial para acceder a los servicios de salud.

Las dificultades de equidad y de acceso a la salud suelen ser mayores entre la población rural (Hauenstein et al., 2006). En cuanto a las necesidades de salud mental, estudios en España han detectado un malestar psicológico mayor de lo esperado en los habitantes rurales (54,5%), con una prevalencia de enfermedad mental de 14,95%, siendo 3,14% más que en la población urbana (Borras, Fibla, y Villó, 1996; Seva y Sarasola, 1991). Incluso, en el ámbito de la enfermedad mental grave y prolongada, las personas que enferman de esquizofrenia tiene mayores dificultades en acceder a los dispositivos de salud y en que sus necesidades sean detectadas (Kaplan y Sadock, 2004). De este modo, si consideramos a las personas afectadas de enfermedad mental grave y prolongada, desde este punto de vista el vivir en un medio rural implicaría dificultades de acceso y equidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Es por ello que para enfrentar estas dificultades en el SPZ ha implementado equipos itinerantes y de apoyo comunitario que visitan las diferentes áreas de Zamora para satisfacer esta necesidad, ya que el vivir en un entorno rural es considerado una causa fundamental en la desigualdad respecto a la salud (Benito-Sánchez, 2009). Así, las dificultades de acceso que impactan en la equidad y son remediabiles y son enfrentadas por el Servicio de Psiquiatría de Zamora.

No obstante, debe aclararse, que el vivir en un entorno rural se asocia tanto a elementos positivos como negativos para la salud mental. Por ejemplo, en cuanto a la esquizofrenia, los entornos rurales se relacionan a una mejor evolución debido a la presencia de entornos sociales más cohesionados y una mayor tolerancia a la conducta anormal (Chinchilla-Moreno, 2007; Kane y Ennis, 1996); pero también se asocia a una mayor estigmatización (Hoyt, Conger, Valde, y Weihs, 1997). En lo que cada vez existe un mayor acuerdo es que los entornos rurales se caracterizan por una gran variabilidad comparada con los entornos urbanos (Benito-Sánchez, 2009); ya que implican poblaciones que difieren más entre sí, con componentes culturales particulares y recursos también diferenciados.

Pero, la disponibilidad de recursos no es el único factor en la atención de las necesidades de la población rural. También se deben incluir variables como el transporte público; distancias de viajes en cuanto a longitud y tiempo; calidad de las vías de comunicación; posibilidades de derivación y seguimiento del tratamiento; ajuste de las intervenciones al medio sociocultural del receptor; disposición de apoyo social y de recursos no institucionalizados; coordinación entre los diferentes dispositivos; capacidad de reacción adecuada en crisis; así como la posibilidad de realizar estudios, como analíticas en los momentos adecuados (Benito-Sánchez, 2009).

Todo lo anterior pone de manifiesto que el espíritu del derecho a la salud universal y equitativa es un desafío de complejidad mayor; y que específicamente en tratamientos como el de la esquizofrenia (largos y multidisciplinarios), las dificultades de acceso van afectando de manera exponencial. Usualmente la persona con esquizofrenia no desea acceder a un tratamiento debido a una baja conciencia de estar enfermo, por lo que brindar diversas opciones de acceso que hagan simple el recibir atención en salud es un elemento clave en este tipo de trastornos.

En un estudio desarrollado en el Servicio de Psiquiatría de Zamora al encuestar a los usuarios del Equipo de Salud Mental Itinerante (ESMI), se señaló que sólo el 19,6% de los pacientes vivían en la misma localidad en donde se realizaba la consulta; mientras que el 79,5% de quienes recibían atención por este equipo vivían a más diez kilómetros del centro de salud. Asimismo, el 39,2% de los usuarios referían necesitar de transporte público para acceder a las consultas (Benito-Sánchez, 2009). Es decir, incluso al disponer de un equipo que se acerca al centro de salud más cercano, los usuarios igualmente deben desplazarse más de 10 km.

Como se ha señalado la simple distancia no explica toda la complejidad del acceso a la salud. Así el mismo estudio de Benito-Sánchez (2009), indagó la evaluación que los usuarios hacían de la calidad del transporte público, encontrando que el 65,2% refería que existía una mala combinación de transporte público con Zamora capital; bien por el horario de transporte (37%), porque no existiera transporte público alguno (4,3%); o porque el transporte sólo funcionase algunos días con muy mala combinación (23,9%).

Por otro lado, el 90% encontraba mala la combinación de transportes hasta el centro de salud, siendo en el 65% de los casos por ausencia de transporte público. En este caso, existen muchas ocasiones en las que no existen servicios de transporte público que permitan acceder a los servicios de salud, lo que lleva a que para algunos usuarios una consulta en la capital puede involucrar más de 24 horas; al tener que esperar hasta al día siguiente la combinación de transporte, o que otros deban conseguir transporte privado para acceder al centro de salud que debiese ser el más próximo.

### **Componentes del Servicio de Psiquiatría de Zamora**

El Servicio de Psiquiatría de Zamora (SPZ), constituye una red socio-sanitaria que da cobertura integral a toda la provincia de Zamora. Dispone de dispositivos sociales y sanitarios. Dentro de los recursos sanitarios se encuentra una “*Unidad de psiquiatría de agudos*” de hospital general con 26 camas; una “*Unidad de Convalecencia*” de 16 camas y una “*Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica*” de 16 camas (Franco-Martin, 2007). Junto a estos dispositivos existe una “*Unidad de Neuropsicología*” y tres “*Equipos de Salud Mental Extra-hospitalarios*”. También cuenta con un “*Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil*” que cubre las necesidades de la población menor de 18 años; junto a dos “*Equipos de Salud Mental Itinerante*” (ESMIs) que presta apoyo a los centros de salud rural, garantizando acceso a la población que reside en centros poblacionales alejados (Franco-Martin, 2007). El Equipo de Salud Mental Itinerante está conformado al menos por un médico psiquiatra y un psicólogo clínico, que se desplaza semanalmente o quincenalmente a determinados Centros de Salud Rurales, donde presta los servicios de atención especializada esperables en una Unidad de Salud Mental urbana. De este modo, se favorece la coordinación entre la atención especializada y la atención primaria mediante un trabajo de enlace e integración (Figura 7).

Asimismo, el SPZ cuenta con diversos dispositivos de rehabilitación e integración socio-laboral, como un “*Centro de Rehabilitación Psicosocial*” (CRPS), de carácter comunitario; 12

“Pisos de Supervisados”; tres “Talleres Pre-laborales”; tres “Centros Especiales de Empleo” y un “Programa de Garantía Social” (Franco-Martin, 2007). Asimismo, se cuenta con una Residencia para personas con Enfermedades mentales Graves y Prolongadas que se encuentra en Toro que cuenta con 42 plazas; así como dos Centros de Día, uno ubicado en Coreses y otro en Toro. Junto a lo anterior se cuenta con un equipo de apoyo comunitario y de promoción de la autonomía personal que se encarga del trabajo comunitario en usuarios con dificultades de acceso y que viven en entorno rural (Figura 7).

**Figura 7:** Mapa Socio-Sanitario del Servicio de Psiquiatría de Zamora



Con una circunferencia en rojo se señalan los pueblos que visitan los ESMIs

Revisando la Figura 7 es posible establecer cierto centralismo de los dispositivos tradicionales de atención. Por ejemplo, solo las ciudades de Zamora y Benavente cuentan con equipos de salud mental de atención diaria. Igualmente, Corrales del Vino, Toro, Puebla de Sanabria, Alcañíces, Fuentesauco, Carbajales de Alba y Tábara cuentan con visitas de los Equipos de Salud Mental Itinerantes (ESMIs) que acuden semanal o quincenalmente.

Todas las unidades y centros mencionados anteriormente, junto a los centros de salud de cada zona básica de salud conforman la red de dispositivos del Servicio de Psiquiatría de Zamora (SPZ) que se señala en la Figura 7. Este servicio se caracteriza por brindar una atención coordinada pero a la vez diferenciada y jerarquizada por niveles y geografía; así como descentralizada. Todo ello enmarcado en un modelo de trabajo comunitario que trabaja en y para la comunidad. De este modo, el SPZ intenta desarrollar una atención integral y humanizada, preocupada de las necesidades específicas de los colectivos y personas como señala la Junta de Castilla y León (2003).

Respecto a la disponibilidad de profesionales, la Junta de Castilla y León (JCyL) señala que la Comunidad cuenta con más de un psiquiatra por cada 20.000 habitantes (5,74 / 100.000 habitantes) y entorno a un psicólogo por cada 33.000 habitantes (3,15 / 100.000 habitantes). Ahora, si se incluyen otros trabajadores de la atención especializada en salud mental, se cuenta con 27,63 profesionales por cada 100.000 habitantes (Junta de Castilla y León, 2003). Esta disponibilidad de profesionales en la relación con usuarios no necesariamente implica que la población tenga un acceso fácil o rápido.

Un estudio español señala que la atención especializada en entornos rurales es muy excepcional y que, habitual y especialmente, las personas con discapacidad mental deben trasladarse a las grandes urbes para acceder a los servicios que requieren (Charroalde y Fernández, 2006). A pesar de esta organización móvil que intenta afrontar la condición rural de la población Zamorana una 29,2% (56.710 habitantes), no tiene acceso diario a un equipo de salud mental; 60% (118.468) no tiene un fácil acceso a dispositivos intermedios (como Centros de Rehabilitación o Centros de Día).

### **Estimación de prevalencias en salud mental y psiquiatría en Zamora**

Siguiendo los datos aportados por la Junta de Castilla y León y su Consejería de Sanidad y Consumo (Junta de Castilla y León, 2003), es posible estimar las prevalencias de trastornos mentales en la población Zamorana asumiendo las tasas de Estados Unidos. Estas cifras indican que al menos un 22,2% de la población Zamorana requeriría en algún momento la atención de alguno de los dispositivos del Servicio de Psiquiatría de Zamora. Esto implica una posible demanda de, al menos, 43.304 personas. Unos 1.949 habitantes de la provincia de Zamora sufrirían una enfermedad mental grave y prolongada como la esquizofrenia y, de ellas, 1.267 se encontrarían viviendo en el medio rural.

Así también, de acuerdo a los datos de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2003), existen 1.317 Zamoranos o Zamoranas con un grado de minusvalía mayor al 33% producto de un trastorno mental, siendo 1.115 quienes tienen más de un 65% de discapacidad producto de este tipo de trastornos, lo que implicaría un importante uso de los recursos sanitarios.

Benito-Sánchez (2009), señala que los ingresos en la Unidad de Psiquiatría entre los años 2003 a 2005 alcanzaron a 1.146; de ellos 664 provenían del medio rural, lo que implica alrededor del 58%. Asimismo, el estudio de Benito-Sánchez señala que de los 25.193 días de cama utilizados entre esos mismos años, 15.813 fueron utilizadas por usuarios rurales, lo que implica el 62,8%. Estas cifras pueden ser interpretadas en muchos sentidos; una de las posibles hipótesis puede plantear que hay un porcentaje de la población rural que no accede a la atención terciaria ya que la población rural es del 65% (y los ingresos son sólo de 58%); y que la que llega a ser ingresada se encuentra más grave que la población urbana ya que requiere un mayor tiempo de hospitalización, debido a que los pacientes rurales utilizan el 62% de los días/cama; siendo que son el 58% de los ingresos. En un sentido inverso, también puede sostenerse que el entorno rural es protector ya que sus ingresos son menores, pero cuando se producen este al parecer es más grave ya que se prolonga por más tiempo.

El señalar que las cifras de ingresos rurales podrán indicar faltas de acceso no es una teoría circunstancial ya que, justamente, la falta de accesibilidad es lo que justifica en parte el porcentaje tan alto de personas que a pesar de padecer un trastorno mental no acuden a la red de asistencia psiquiátrica: 30-70% en trastornos no psicóticos, y 10-40% en trastornos psicóticos (Lasalvia, Stefani, y Ruggeri, 2000).

Una primera aproximación a esta situación puede llevar a incrementar las inversiones en la red de asistencia psiquiátrica para garantizar esa accesibilidad. No obstante, parece que tras estudios en diferentes países no hay una relación directa entre el gasto que se hace en salud y las tasas de consulta (Andrews, Issakidis, y Carter, 2001). En consecuencia, el plan debe ser mucho más complejo y multi-variado que la simple inyección de recursos.

Todos los datos anteriores ponen de manifiesto que el SPZ es un servicio con una estructuración particular debido a las características de la población que le corresponde asistir. Esta determinación contextual del SPZ implica que sea un servicio abierto a la comunidad; que facilita y promueve el acceso de sus usuarios, acudiendo incluso a poblaciones lejanas para superar las barreras de acceso debido a distancia y transporte. Pero queda claro que el desafío

es mayor y que se deben realizar acciones en diferentes niveles para realmente proveer una atención accesible y equitativa. Uno de los elementos que se pueden considerar son las ciberterapias, como formato particular para el desarrollo de atención a distancia.

### **Población incluida en el estudio**

La población a investigar comprende tanto a las personas que padecen esquizofrenia y son atendidos en el Servicio de Psiquiatría de Zamora, como a sus familiares o cuidadores. Otra población a considerar son los terapeutas involucrados en la aplicación de los programas de psicoeducación.

### ***Participantes o muestra del estudio***

A continuación se desarrolla el método de selección de los participantes en el estudio; los criterios para la inclusión de participantes y los criterios para la conformación de los grupos del experimento. Posteriormente se desarrolla el procedimiento de reclutamiento y se concluye con las características generales de la muestra.

### **Método de selección de participantes**

El método de selección de participantes comenzó con la definición de los criterios de inclusión y, en definitiva, de los criterios de indicación de psicoeducación. Estos criterios fueron amplia y repetidamente difundidos entre los profesionales del Servicio de Psiquiatría de Zamora. A continuación se resumen los criterios que se utilizaron para constituir los diferentes grupos que participaron en el estudio: grupo tradicional, *psicoED* y situación control. Asimismo, se desarrolla el procedimiento y el árbol de decisiones y acciones que orientó la conformación de estos grupos. Finalmente se desarrollan las características socio-demográficas y clínicas de los participantes.

## **Criterios para la inclusión de participantes**

Se intentó desarrollar un método de muestra ecológico con el Servicio de Psiquiatría de Zamora de modo de ajustarse a su realidad cotidiana, desarrollando un estudio lo más naturalista posible. Concretamente el muestreo fue no aleatorizado y no probabilístico, sino intencional ya que la opción de participar en la terapia online estaba determinada por las dificultades en asistir al tratamiento tradicional así como por la factibilidad técnica que permitía recibir el tratamiento por internet. Estos dos elementos impiden realizar una aleatorización pero le otorgan mayor validez externa al estudio.

La primera etapa del muestreo consistió en difundir, motivar y capacitar a los profesionales respecto al programa de familias, para así recibir las derivaciones que ellos estimaban indicadas para recibir apoyo familiar. Las orientaciones que se les dio a los profesionales respecto a la indicación de la psicoeducación son las señaladas en la Tabla 20.

**Tabla 20:** Criterios para la indicación de psicoeducación presentada a los profesionales que derivan

- 
1. Diagnóstico de Esquizofrenia y su espectro
  2. Familias al tanto del diagnóstico de su familiar
  3. Familias que convivan con su pariente enfermo, particularmente quienes comparten más de 30 horas cara a cara a la semana
  4. Familias con más de un miembro enfermo del espectro de la esquizofrenia
  5. Familias cuyos pacientes recaen a pesar de cumplir medicación
  6. Familias cuyos pacientes recaen más de 2 veces al año
  7. Familias con alta expresividad emocional o conflictos familiares
  8. Familias que sufren violencia verbal o física por parte de sus pacientes.
  9. Familias cuyos pacientes hayan recaído recientemente
  10. Familias demandantes con los profesionales
  11. Familias con un miembro con diagnóstico reciente de Esquizofrenia
  12. Familias o cuidadores que recurren con frecuencia a los profesionales para tranquilizarse o solicitar ayuda
  13. Cuidador en solitario
  14. Familia o cuidadores que tienen dificultades para asistir al tratamiento tradicional
- 

## **Criterios para la conformación de los grupos de participantes**

Tras realizar un proceso de análisis de la pertinencia de la derivación para asegurar que las familias derivadas cumplieran el criterio contar con un miembro con el diagnóstico de esquizofrenia, se realizó un contacto telefónico en el cuál se les informaba a los participantes



sobre el programa de familias; se aclaraban dudas y se invitaba a participar. En este momento si presentaban alguna dificultad de asistencia se les proponía la alternativa online. Asimismo, se comentaba que se les enviaría por correo tradicional una carta informativa y los cuestionarios de pre-tratamiento para que fuesen respondidos autónomamente en casa y posteriormente re-enviados (mediante sobre adjunto) al Servicio de Psiquiatría.

Para formar parte de los participantes del grupo tradicional simplemente una familia debía haber sido derivada por su psiquiatra y/o psicólogo y aceptar asistir a las sesiones. Mientras, para formar parte del grupo online se debía contar con la derivación pero manifestar algún tipo de dificultad para asistir al grupo tradicional y, obtener un informe positivo del estudio de factibilidad técnica. Finalmente, el grupo control lo conformaron todas aquellas familias que fueron derivadas a psicoeducación pero que no podían asistir ni participar en ninguno de los dos grupos pero aceptaron completar los cuestionarios de evaluación y recibir información por correspondencia (Tabla 21).

**Tabla 21:** Características que determinan la participación en el grupo tradicional, psicoED y grupo control

	Tradicional	psicoED	Control
Fueron derivados por profesionales del Servicio	√	√	√
Firmaron consentimiento informado para participar	√	√	√
No manifestaron dificultades para asistir a las sesiones tradicionales	√		
Manifestaron algún tipo de dificultad para asistir al grupo tradicional		√	√
Informe positivo de factibilidad técnica		√	
Negativo informe de factibilidad técnica			√

### Proceso de reclutamiento de los participantes

El proceso de reclutamiento de los participantes (Figura 8), comenzó con la difusión de la intervención entre los integrantes del Servicio de Psiquiatría de Zamora (SPZ). Para ello se realizaron dos exposiciones en las sesiones clínicas en donde asistían todos los miembros del servicio. Al mismo tiempo, se dejaron trípticos en las salas de espera de los diferentes dispositivos para informar directamente a las familias. En las sesiones clínicas y ante la

presencia de todos los profesionales del SPZ se hizo especial hincapié en los criterios para indicar la intervención de modo de evitar derivaciones inadecuadas<sup>33</sup>.

En seguida, con los posibles participantes derivados se realizaron contactos telefónicos para informar la intervención, determinar interés por asistir e indagar posibles dificultades en la asistencia. El criterio para determinar dificultades para asistir fue la respuesta a la pregunta “¿Cree que tiene alguna dificultad para participar de un programa de apoyo como el que le he comentado?” Y, seguidamente se indagaba qué tipo de dificultad era la que se presentaba, si era por tiempo, distancia u otro motivo; aunque lo importante era determinar si el participante identificaba dificultades de acceso o no. De este modo, se formaron dos grupos: uno que no tenía dificultades de para participar y otro que si las tenían.

El grupo que no tenía dificultades en asistir formó el grupo de comparación que recibió la intervención tradicional cara a cara; mientras que el grupo que manifestó dificultades en asistir se constituyó ya sea en el grupo experimental y grupo control.

Quienes no señalaron dificultades para asistir al tratamiento tradicional recibieron dos llamadas telefónicas explicándole el programa y se les citó a la primera sesión. Al mismo tiempo se les hicieron llegar los cuestionarios y consentimiento informado por correo postal, los cuales fueron devueltos durante la primera sesión. Mientras, los grupos experimental/control recibieron las mismas llamadas telefónicas y se les enviaron los cuestionarios por la misma vía.

Mientras se realizaban las llamadas telefónicas y/o una vez que se contaba con los datos de contacto se realizó un estudio de factibilidad técnica y económica para brindar conexión a internet a todos los participantes. Durante la segunda llamada telefónica, los participantes fueron informados del estudio de factibilidad técnica. De este modo el grupo control quedó constituido por los familiares que tenían dificultades en participar y no se les podía brindar conexión a internet. El grupo tradicional se conformó por aquellos familiares que no manifestaron dificultades en asistir; y el grupo experimental lo constituyeron aquellos que podían recibir una conexión a internet y aceptaron la intervención.

El proceso de reclutamiento concluyó con la instalación del equipamiento en el domicilio y la sesión de aprendizaje en el uso de la tecnología que se les dictaba al momento de hacerles entrega del equipamiento. Realizada esta visita domiciliaria se procedió a realizar una última

---

<sup>33</sup> Ver Tabla 21 pp. 193.

llamada al grupo control señalándole que intentaríamos evaluar un tratamiento mediante biblio-terapia enviándoles un dossier informativo. Los grupos control y experimental enviaron sus respuestas mediante correo mientras que el grupo tradicional entregó sus respuestas directamente durante las primeras dos sesiones de la intervención.

Un resumen de las acciones y decisiones que guían la conformación de los grupos de participantes pueden revisarse en la Figura 8<sup>34</sup>.

### **Características de los participantes**

Una vez finalizado el proceso de reclutamiento se constituyeron los grupos de participantes, a continuación se detallan las características sociodemográficas y clínicas de los participantes de este estudio. El primer punto a abordar es la composición de la muestra, detallando el número de participantes.

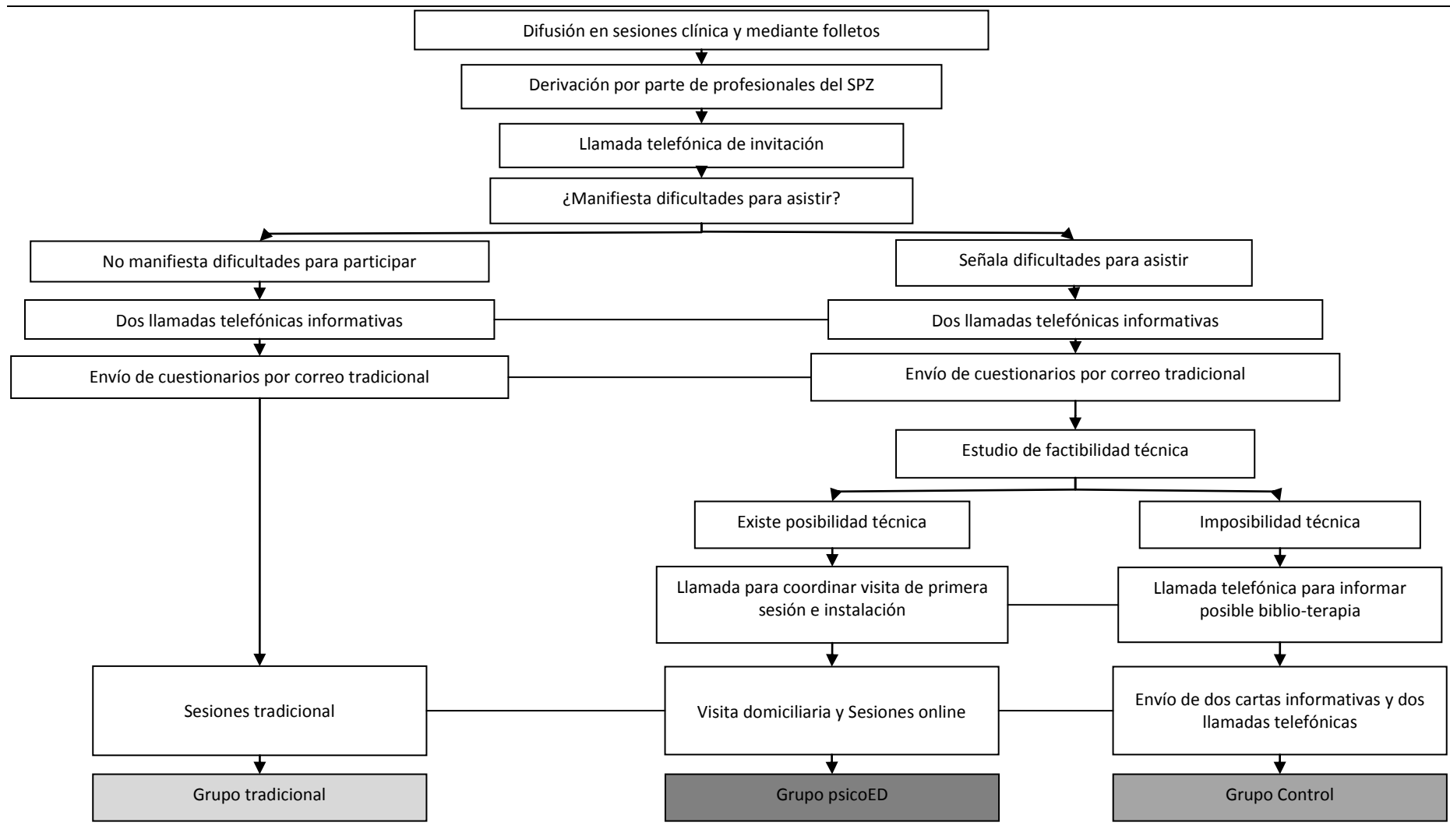
### **Composición de la muestra**

La convocatoria total para el estudio estuvo constituida por 58 participantes que fueron derivadas por los diferentes profesionales del servicio de psiquiatría de Zamora. De ellos el 55,2% (32), rechazó participar en cualquier tipo de intervención psicoeducativa. Es un dato no menor el que la mitad de las personas derivadas a psicoeducación rechacen participar del programa inclusive si se le ofrecen alternativas de acceso; aunque es un fenómeno descrito en la literatura (Fadden, 1998; Kuipers, Leff, y Lam, 2004; Soto-Pérez, 2008).

---

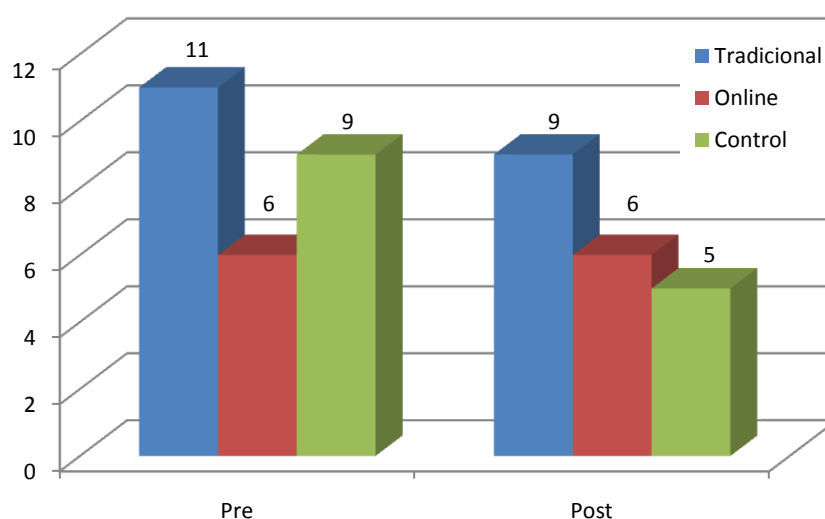
<sup>34</sup> Pp. 196.

Figura 8: Flujo de acciones y decisiones para la conformación de los grupos de participantes



La muestra final obtenida al inicio del estudio estuvo compuesta por 26 familias y es resumida en la Figura 9. La composición fue de 11 participantes en el grupo tradicional (42,3%); seis en el online (23,1%); y nueve en el grupo control (34,6%). Al finalizar el estudio, los cuestionarios recibidos fueron 20: nueve del grupo tradicional (45%); 6 del online (30%); y cinco del control (25%). Es decir a lo largo del estudio se produjo una muerte muestral del 23,1% siendo de un 44,4% en el grupo control; 18,2% en el tradicional; y de cero en el online (Figura 10). Es decir, en el grupo control casi la mitad de los participantes se negó a completar el estudio a pesar de una serie de acciones que se realizaron para lograr la cumplimentación de los cuestionarios<sup>35</sup>.

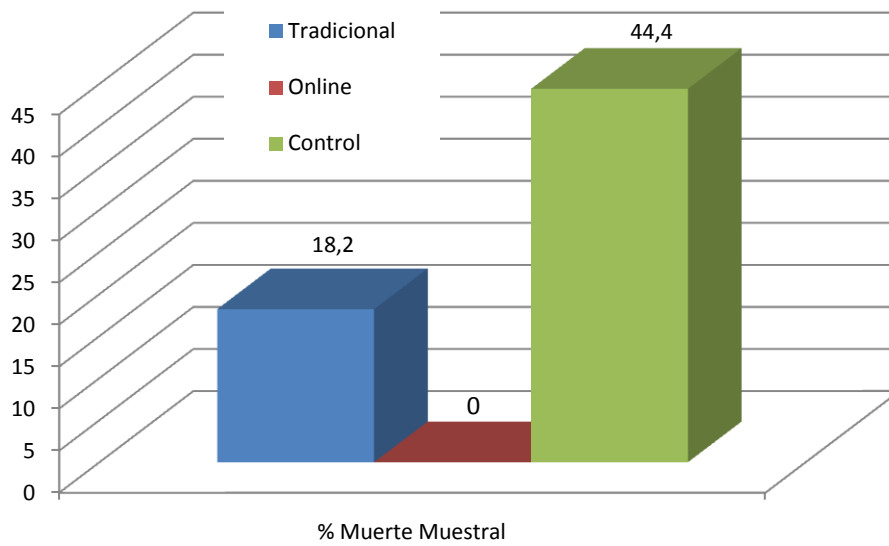
**Figura 9:** Participantes del estudio agrupados por grupo experimental en las situaciones pre y post



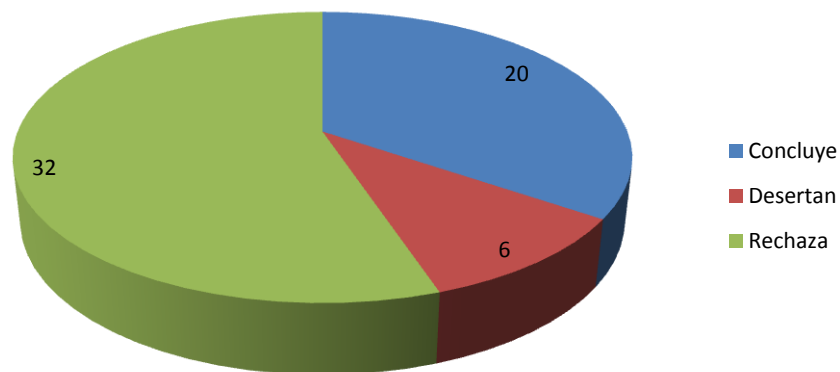
Finalmente, de la totalidad de los participantes derivados (58), sólo el 34,5% (20 participantes) completó las intervenciones propuestas y finalizaron el estudio (Figura 11).

<sup>35</sup> Mayor detalle sobre las acciones que se planificaron para asegurar la participación del Grupo Control es posible revisar en el apartado de Metodología y Procedimientos Cuantitativos (Pp. 261-266).

**Figura 10:** Porcentaje de *muerte muestral* por grupo a lo largo del estudio



**Figura 11:** Porcentaje de *muerte muestral* a lo largo del estudio



### Datos socio-demográficos de los familiares de referencia

A continuación se presentan las características socio-demográficas de la muestra obtenida, específicamente en cuanto a sexo; edad; nivel de estudios; nivel socioeconómico; disponibilidad de ordenador; parentesco; y los datos socio-demográficos de los pacientes

(Edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, diagnóstico, años de evolución, tratamientos y convivencia familiar<sup>36</sup>).

### Sexo:

34,6 % (9) de la muestra la constituyeron por hombres. Este porcentaje en el grupo tradicional era de 27,3 (3); en el online de 16,7 (1); y en el control de 55,6 (5 participantes). La *Prueba Exacta de Fisher* no arroja diferencias significativas entre estos grupos (Tabla 22).

**Tabla 22:** Prueba Exacta de Fisher entre el sexo de los participantes

	Valor	gl	Sig.
Pearson $\chi^2$	2,860	2	,324
Likelihood Ratio	2,879	2	,324
Prueba Exacta de Fisher	2,609		,324

### Edad:

El rango de edad de los familiares fue desde los 37 a los 82 años. Siendo el rango modal (moda) el que los familiares tuviesen 60 años o más. El promedio de edad de los participantes fue de 60 años. Se hallaron diferencias significativas entre la edad de los tres grupos (tradicional, online y control), siendo el promedio de edad del grupo tradicional y control los 60 años y el del grupo online los 47. En este caso lo que difiere es la edad de los participantes del grupo online. Es decir, un elemento diferencial entre los participantes del grupo online es que éste era más joven (Tabla 24), ya este tenía la presencia de hermanos y pareja (66,7%), mientras que las otras situaciones estaban compuestos más bien por madres.

### Nivel de estudios:

El promedio de años de estudios llegó a los 10,8; siendo el rango modal el haber llegado a realizar la educación secundaria de forma incompleta. El promedio de años de estudio del

<sup>36</sup> Ver Tabla 23 pp. 188.

grupo tradicional fue de 10,3 años, del online 11,8 y del control 10,7. No se hallaron diferencias significativas al respecto al comparar los tres grupos.

### **Nivel socioeconómico (NSE):**

El 3,5% de la muestra se identificó con un nivel socioeconómico bajo (10), el 50% con un nivel medio (13); y un 11,5% con un nivel alto (3). El 63,3% de los participantes del grupo tradicional (7), se identificó con un NSE medio; mientras que el 50% de grupo online (3) se identificó con el NSE medio y el 33% con el bajo (2). En el grupo control los resultados fueron inversos, la mayor parte (cinco participantes) se identificó con un NSE bajo (55,6%) y un 33,3% con el medio (3). No se reportan diferencias significativas al respecto (Tabla 25).

**Tabla 23:** Síntesis y perfil de los participantes del estudio

---

#### **Cuidador principal (Familias):**

- Mujer
- Madre
- Alrededor de 60 años de edad
- Pensionista
- Educación secundaria incompleta
- Nivel socio-económico medio-bajo
- Sin ordenador ni conexión a internet
- Nivel bajo en el uso de ordenadores

#### **Pacientes:**

- Hombre
- Alrededor de 36 años de edad
- Educación primaria completa
- Pensionista
- Diagnóstico de esquizofrenia paranoide
- Consumidor de tóxicos
- Con antecedentes de intentos suicidas
- 12 años y medio de evolución de la enfermedad
- Sigue tratamiento farmacológico y psicosocial
- Vive con sus padres

#### **Terapeutas:**

- Un hombre y una mujer
  - Con experiencia previa en psicoeducación
  - Ninguno de ellos con experiencia previa en ciberterapias
  - Promedio de 6 años de experiencia en enfermedad mental grave y prolongada
-



**Tabla 24:** ANOVA comparativa de la edad de los participantes en cada uno de los grupos del estudio

	Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	<b>1334,301</b>	<b>2</b>	<b>667,150</b>	<b>5,441</b>	<b>,012**</b>
Intra-grupos	2820,045	23	122,611		
Total	4154,346	25			

**Tabla 25:** Prueba Exacta de Fischer entre el nivel socioeconómico de los diferentes grupos del estudio

	Valor	gl	Sig.
$\chi^2$	2,187	4	,751
Likelihood Ratio	2,169	4	,847
Prueba exacta de Fisher	2,629		,704

### Disponibilidad de ordenador

Una dato interesante y sobre todo que puede orientar futuros proceso de implementación nos indica que en el grupo tradicional 27,1% disponía de un ordenador conectado a internet (3); del grupo online 33,3% (2) y en el control 22,2% (2). Se debe señalar que al 66,7% del grupo online (4 participantes), se les debió entregar un ordenador y una conexión a internet ya que carecían de los mismos.

### Parentesco:

El 53,8% de la muestra estuvo constituida por madres (14), mientras que tanto padres como hermanos conformaban el 19,2% (5); esposas fue de 7,7% de la muestra (2); y esposo 0%. No hubo diferencias significativas entre los miembros de cada grupo estudiado (Tabla 26).

**Tabla 26:** Prueba Exacta de Fischer para el parentesco de los diferentes familiares de referencia en cada uno de los grupos del estudio

	Valor	gl	Sig
$\chi^2$	9,062	6	,168
Likelihood Ratio	11,599	6	,128
Prueba exacta de Fisher	8,338		,146

En el grupo tradicional el 63,6% estuvo constituido por madres (7), y tanto los padres como hermanos aportaban el 18,2% (2). No se contó con parejas en el grupo tradicional. En el grupo online el 50% de la muestra estuvo constituida por hermanos (3), mientras que 33,3% por madres (2), y el 16,7% por esposas (1). En el grupo control el 55,6% estuvo constituido por madres (5); el 33,3% por padres (3); y 11,1% por esposas (1).

### **Experiencia en el uso de ordenadores**

En cuanto al uso de ordenadores, en el grupo online hubo dos usuarios con nula experiencia en ordenadores; dos que tenían correo electrónico y dos que utilizaban el ordenador en su trabajo. De este modo, la experiencia en el uso de ordenadores del grupo online promedió cinco puntos en una escala de cero a diez.

### **Datos socio-demográficos de los pacientes**

Los pacientes representados en este estudio fueron 26. Nueve pertenecían al grupo control (34,6%); 12 al grupo tradicional (46,2%)<sup>37</sup>; y cinco al grupo online (19,2%)<sup>38</sup>. La edad promedio de los usuarios representados en este estudio fue de 36.9 años, abarcando un rango etario desde los 20 a los 56 años de edad.

En cuanto al género de los pacientes, participaron 6 mujeres (23,1%) y 20 hombres. Cuyos niveles de estudios se presentan en la Tabla 27. El rango de años de estudio iba desde los seis a los 17 años, con un promedio de 11,8; y no se encontraron diferencias significativas entre los resultados en cada uno de los grupos.

---

<sup>37</sup> Una de las familias del grupo tradicional contaba con dos miembros con el diagnóstico de esquizofrenia; de allí la razón que las familias (11) sean menos que los usuarios representados (12)

<sup>38</sup> Una familia que vivían separados participaron de la experiencia online; de allí la razón que los participantes (6) sean más que los usuarios representados (5)

**Tabla 27:** Nivel de estudio de los pacientes

Bachillerato	2	7,8%
Bachillerato incompleto	1	3,8%
EGB	9	34,6%
EGB incompleto	2	7,8%
ESO	1	3,8%
ESO incompleta	4	15,4%
Formación Profesional	4	15,4%
Garantía social	1	3,8%
Universitaria	1	3,8%
Universitaria incompleta	1	3,8%

En cuanto a la situación laboral, siete se encontraban cesantes (27%); uno estudiaba (3,8%); y 18 vivía de una pensión (69,2%). Ninguno de los pacientes que formaron parte del estudio trabajaba.

Respecto al tipo de enfermedad, diez de los pacientes había recibido el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (38,4%); dos de esquizofrenia residual (7,8%); cuatro de trastorno esquizo-afectivo (15,4%); uno de trastorno esquizo-afectivo. Junto a un trastorno límite de la personalidad, esclerosis múltiple y consumo de drogas (3,8%); uno de trastorno esquizo-afectivo y consumo de Tetrahidrocannabinol (THC) (3,8%); dos de esquizofrenia indiferenciada (7,8%); dos esquizofrenia simple (7,8%); uno de esquizofrenia hebefrénica (3,8%); uno de esquizofrenia y quiste aracnoideo (3,8%); uno de esquizofrenia y retraso mental leve (3,8%); y uno de trastorno esquizofreniforme (3,8%). Nueve de los participantes tenía junto a la enfermedad un problema de consumo de drogas (34,6%). Cinco de los participantes tenía un historial de intentos de suicidio (19,2%).

El rango de años en que recibieron este diagnóstico iba desde el 1982 hasta el 2008; así los años de evolución de la enfermedad iban desde uno hasta 27 años de evolución de la enfermedad, con un promedio de 12 años y medio de evolución de la enfermedad al momento del comienzo del estudio.

En cuanto a los tratamientos que recibían los pacientes, todos ellos tenían una indicación de psicofármacos; dos se encontraban ingresados en una unidad de convalecencia psiquiátrica (7,8%); cuatro asistían a un centro laboral (15,4%); cuatro a un centro de rehabilitación psicosocial (15,4%); uno se encontraba ingresado en una unidad de pacientes agudos (3,8%); uno asistía a un programa de garantía social (3,8%); y uno se encontraba en una unidad de

rehabilitación abierta (3,8%). 13 usuarios no asistían a actividad alguna en dispositivos de la red de psiquiatría de Zamora (50%).

En cuanto a las condiciones de vida y convivencia, los pacientes vivían en promedio con 2,7 personas bajo el mismo techo, con un rango desde aquellas que vivían con su pareja hasta aquellos que compartían bajo el mismo techo con cuatro personas. Es decir, ninguno de los pacientes vivía solo. Seis de los participantes (23,1%), estaban ingresados por los que compartían habitación con una persona; dos vivían con su esposa e hijos (7,8%); dos vivían con sus hermanos (7,8%); 12 vivían con sus padres (46,1%); tres vivían con sus padres y hermanos (11,4%); y uno (3,8%) vivían con su pareja. Finalmente, cinco de los participantes-pacientes tenía pareja (19,2%).

### **Terapeutas**

Los terapeutas involucrados en el estudio fueron dos (un hombre y una mujer); ambos desarrollaron el grupo tradicional y uno de ellos el tratamiento online. Ambos contaban con experiencia previa en psicoeducación pero ninguno de ellos en ciberterapia (sólo la formación que se desarrolló como parte de este estudio). El rango de experiencia laboral iba desde los tres a los diez años, con un promedio de 6,5 años de experiencia en el trabajo con enfermedades mentales graves y prolongadas.

### **Participantes del *focus group***

La convocatoria al *grupo focal* fue de nueve usuarios de la plataforma *psicoED*; de ellos asistieron ocho; aunque uno de ellos se retira en cuanto comienza el grupo. Uno de los convocados justifica su inasistencia al grupo focal por motivos de trabajo. Así, la participación en el grupo fue de siete personas (77,8% del total de los usuarios de *psicoED*). El rango de edad de los participantes del *focus group* fue desde los 35 a los 73 años; asistiendo seis mujeres y un hombre. Sólo uno de los pacientes se mantuvo a lo largo de todo el grupo focal.

## ***Materiales e Instrumentos***

Los materiales e instrumentos de medición conforman tanto los tratamientos de intervención aplicados como los instrumentos de evaluación utilizados para valorar de la

eficacia de los tratamientos. Así, los instrumentos utilizados en el presente estudio pueden ser clasificados en dos categorías. Por un lado, los instrumentos de intervención (Programa de psicoeducación tradicional; Programa de psicoeducación online: *psicoED*; Situación control), y por otro los instrumentos de medición o evaluación (Cuestionarios). A continuación se detallan cada uno de ellos.

## ***Instrumentos o materiales de intervención***

### **Psicoeducación Tradicional**

El Programa de psicoeducación Familiar Tradicional se basa en el programa desarrollado por la Fundación INTRAS para la psicoeducación de familiares de personas con enfermedad mental grave y prolongada (Fundación INTRAS, 2005). Tiene como **objetivos generales** aumentar el confort y la calidad de vida de los familiares; aceptar la enfermedad; y potenciar y desarrollar habilidades de afrontamiento. Los objetivos específicos son señalados en la Tabla 28.

La metodología de trabajo de la psicoeducación familiar es grupal y no incluye la participación del paciente. Es realizado por una pareja de terapeutas a lo largo de 19 sesiones y un seguimiento mensual de cuatro sesiones. En ocasiones se cuenta con la participación de otros profesionales invitados (trabajadora social, psiquiatra). El grupo es abierto y permite la entrada de nuevos participantes hasta avanzado el proceso. Las sesiones tienen una hora y media de duración en frecuencia quincenal durante los primeros ocho meses y posteriormente mensual. La duración del programa en su fase intensiva es de nueve meses para entonces comenzar la fase de seguimiento que pretende desarrollarse de forma prolongada e intermitente y que llega a las 23 sesiones programadas.

Para mayor detalle sobre el programa de psicoeducación tradicional es posible revisar los Métodos y Procedimientos de Intervención Terapéutica<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Pp. 215-245.

## Psicoeducación Online: Plataforma *psicoED*

El programa de psicoeducación online *psicoED* es una adaptación de los elementos fundamentales de la psicoeducación tradicional a un ambiente online. A continuación se detallan los elementos característicos principales y así como los hitos de su desarrollo.

**Tabla 28:** Objetivos específicos de la intervención tradicional

- 
1. Concienciar a las familias de sus propias capacidades y de su derecho a conocer cómo es la enfermedad, y fomentar su colaboración en diversos aspectos de su tratamiento
  2. Abordar los problemas en la convivencia y en las relaciones familiares que se derivan de la enfermedad
  3. Modular la respuesta emocional ante la misma
  4. Conocer y practicar las pautas de cuidado más adecuadas, proporcionándoles información sobre sus características básicas y sobre las estrategias de manejo de los problemas cotidiano que plantea la convivencia
  5. Crear una alianza más productiva entre pacientes, familiares y profesionales
  6. Fomentar el contacto con otros familiares en situación similar, promocionar la ampliación de las relaciones interpersonales de los miembros fuera del núcleo familiar
  7. Entrenamiento en la mejora de la comunicación y en el manejo de los problemas.
  8. Alentar e informar a las familias de lo que se puede hacer con la persona enferma con vistas a conseguir cambios beneficiosos para todos
- 

El programa de psicoeducación online mediante la plataforma *psicoED* tiene como **misión** “ayudar a las familias con dificultades de acceso a los servicios a desenvolverse mejor con un miembro que sufre una enfermedad como la esquizofrenia”. Para ello pretende cumplir el **objetivo general** de “mejorar las capacidades de afrontamiento ante la enfermedad de las familias con dificultades de acceso a los servicios”, así como los objetivos específicos que se detallan en la Tabla 29.

**Tabla 29:** Objetivos específicos del programa de psicoeducación online mediante la plataforma *psicoED*

- 
1. Prevenir re-hospitalizaciones
  2. Entregar información respecto a la enfermedad y su afrontamiento
  3. Mejorar la comunicación dentro de la familia y con el servicio
  4. Establecimiento una fructífera alianza entre pacientes-familia-servicio
  5. Disminuir la emoción expresada dentro de la familia
  6. Entregar herramientas de afrontamiento y solución de problemas a la familia
  7. Mejorar el apoyo y las redes sociales de las familias
  8. Satisfacer metas individuales y familiares
  9. Mejora la calidad de vida y disminuir la carga familiar
  10. Mejorar la capacidad de cobertura del servicio de psiquiatría y el acceso de sus usuarios a este tipo prestación
-

La intervención online se realiza mediante un terapeuta que se hace cargo de intervenciones individuales o en grupos con hasta un máximo de seis participantes. Se incentiva y favorece la participación del paciente; al menos mediante el aprovechamiento del ordenador y la conexión a internet. La frecuencia de las sesiones es determinada de acuerdo a las posibilidades de los participantes intentando como máximo una latencia de 15 días entre cada sesión. Asimismo, gracias al uso del correo electrónico es posible mantener el contacto entre sesiones disminuyendo la necesidad de contactos mediante videoconferencia. La posibilidad de desarrollar sesiones grupales está determinada por factores tecnológicos, ya que el formato grupal requiere parámetros de conexión a internet bastante más exigentes que para una sesión individual.

Las sesiones individuales tienen una duración máxima de una hora, mientras que las grupales a lo menos una hora y 30 minutos. La duración del programa es de nueve meses del tratamiento intensivo, y posteriormente continúa mediante un formato de seguimiento al igual que el programa tradicional. Comprende un total de 13 sesiones programadas.

El cronograma de sesiones es flexible y adaptable a los participantes pero en general sigue los temas referidos en la Tabla 30. Todos estos temas son abordados mediante la entrega de material disponible en la web; primero desde presentaciones en *Impress® Open Office®* especialmente diseñadas y a continuación, desde material complementario como videos, libros o sitios web. En las sesiones de videoconferencia se refuerzan los contenidos y se tratan temas concretos y dificultades de la vida diaria de los participantes. El uso del mail complementa lo anterior, reforzando la realización de tareas, haciendo seguimiento del estado entre sesiones o brindando apoyo emocional. Asimismo, se utiliza frecuentemente el teléfono, ya sea en caso de fallos de la web o para reforzar alguna intervención, sin la necesidad de acceder a la plataforma o al correo electrónico.

**Tabla 30:** Temáticas de sesiones online

- 
1. Primer contacto telefónico
  2. Entrega de cuestionarios por correo tradicional
  3. Instalación de equipos y sesión en domicilio
  4. Sesión de alianza online
  5. Taller informativo (causa, sintomatología, pródromo, pronóstico, guía de manejo familiar y tratamientos)
  6. Técnicas de comunicación
  7. Técnica de resolución de problemas
  8. Cuidado del cuidador
  9. Apoyo al tratamiento
  10. Evaluaciones posteriores
  11. Seguimiento
- 

Para profundizar en las características de la plataforma *psicoED*, se sugiere revisar el apartado de Métodos y Procedimientos de Intervención Terapéutica<sup>40</sup>. Asimismo en el apartado de Anexos, se encuentran los Manuales para el Administrador total y parcial (Anexos 26 y 27); el Manual para el pago de servicios de *psicoED* mediante tarjeta (Anexo 28); y los Manuales tanto de Terapeutas (Anexo 29) como de Usuarios (Anexo 30).

### **Situación control**

En la condición control, los participantes recibieron los tratamientos habituales sin incluir un programa psicoeducativo específico. Así, el grupo control mantenía su tratamiento farmacológico y psicosocial según las indicaciones de los profesionales que llevaban el caso. Respecto a intervenciones psicoeducativas, no asistían a un programa específico pero en caso de requerirlo los profesionales les brindaban toda la información que requirieran. Del mismo modo, al formar parte del estudio sobre psicoeducación, se les brindó la posibilidad de contactar al equipo de psicoeducación ofertándoles un lugar donde acudir y un número telefónico. Del mismo modo, se les hicieron llegar tres cartas con material informativo; una de ellas informaba el perfil de las familias de personas con Enfermedades Mentales Graves y Prolongadas o EMGyP (Anexo 5); otra sobre alternativas y beneficios de *psicoED* (Anexo 30); y finalmente, los resultados finales del estudio (Anexo 6).

---

<sup>40</sup> Pp. 215-245.



## ***Instrumentos de medición***

A continuación se describen los 13 instrumentos<sup>41</sup> y medidas utilizadas en el presente estudio, la mayoría de ellos consideran mediciones pre y post tratamiento (Tabla 31).

Estos instrumentos fueron aplicados en familiares, terapeutas y algunos datos fueron obtenidos en las historias clínicas de los pacientes. Para una mejor comprensión los instrumentos serán presentados ordenados de acuerdo a los resultados o impacto que pretenden medir: resultados en los familiares y en los terapeutas. Posterior a ello se presentan los instrumentos de análisis cualitativo (guión del *focus group* y detalles del cuaderno de registro de implementación). Un resumen de los instrumentos y medidas utilizados así como su objetivo puede encontrarse en la Tabla 31.

### **Instrumentos de medición de los resultados en los familiares cuidadores**

Los cuestionarios y medidas evaluadas en los familiares fueron cuestionarios de: expectativas; conocimientos sobre la enfermedad; salud general; satisfacción con el servicio de psiquiatría; apoyo social; satisfacción con la ciberterapia, sentido de presencia, usabilidad y opiniones sobre *psicoED*; alianza de trabajo; y un grupo focal de participantes. A continuación se detalla cada uno de ellos.

### **Conocimiento sobre la esquizofrenia**

Uno de los objetivos de las intervenciones psicoeducativas es entregarles información a sus participantes. Es por ello que se justifica la inclusión de medidas que valoren el conocimiento de los asistentes a un taller de psicoeducación. La justificación a la base de este objetivo instructivo en la psicoeducación es que un cuidador informado tendrá mayores y mejores herramientas cognitivas para afrontar el cuidado y apoyo de una persona con enfermedad mental.

---

<sup>41</sup> En esta suma no se consideran la versión para terapeutas online o tradicional del mismo instrumento de alianza de trabajo. Si se hiciese totalizarían 15 instrumentos.

**Tabla 31:** Instrumentos utilizados

Ámbitos de las mediciones	Dimensiones	Instrumentos
Resultados en relación a los familiares	Expectativas	Expect
	Conocimiento de la enfermedad	CEFI
	Salud	GHQ-28
	Satisfacción con el servicio	VSSS
	Alianza terapéutica	WAI
	Apoyo social	MOS-SSS
	Satisfacción con la terapia, presencia y usabilidad	OPS
	Expectativas, usabilidad, resultados y satisfacción	<i>Focus group</i>
Resultados en relación a los terapeutas	Sesiones y contactos	Registro de Sesiones y contactos
	Carga horaria	Registro de tiempo utilizado en los tratamientos
	Alianza terapéutica	WAI
	Desarrollo del tratamiento online	Cuaderno de campo
	Implementación del tratamiento online	Cuaderno de campo
Aspectos descriptivos de familiares y pacientes	Datos sociodemográficos de los participantes	Registro de datos sociodemográficos
Proceso de implementación y desarrollo de la plataforma psicoED	Proceso de implementación y proceso de desarrollo	Cuaderno de campo
Desempeño de la plataforma psicoED	Registro de calidad de sonido e imagen	Cuaderno de campo

El instrumento elegido fue el *CEFI* (Cuestionario de Conocimiento de la Esquizofrenia de Fundación INTRAS). Cuestionario desarrollado por la Fundación INTRAS en base a las entrevistas sobre conocimiento utilizadas en la investigación internacional como el *KASI: Knowledge About Schizophrenia Inventory*, (Barrowclough y Tarrier, 1992; Barrowclough et al., 1987); que ha sido utilizado en España por La Cruz (1999); y el *CCE: "Cuestionario de Conocimientos de la Enfermedad"* utilizado por Muela-Godoy (1999). Asimismo, este cuestionario *CEFI* también incluye la experiencia y análisis de un cuestionario de conocimientos

sobre la enfermedad que se aplicó durante cinco años en el programa de psicoeducación de Fundación INTRAS (Fundación INTRAS, 2005; Soto-Pérez, 2008).

El *CEFI* consta de 17 preguntas que son respondidas abiertamente y en forma escrita por los familiares. Su aplicación dura alrededor de 35', dependiendo de las habilidades en la lecto-escritura de los evaluados, así como de su capacidad visual. El *CEFI* valora el conocimiento que se tiene de la enfermedad así como su exactitud y certeza. Esto se traduce en puntuaciones para un conocimiento total, conocimiento errado y perjudicial, y conocimiento profundo. El *CEFI* aborda seis dimensiones del conocimiento sobre la esquizofrenia que son: Diagnóstico; Causa; Tratamientos; Rol de la Familia; Signos de Recaída o Pródromos; y Curso de la Enfermedad.

Para la interpretación del *Cuestionario de Conocimientos Sobre la Esquizofrenia para Familiares de Fundación INTRAS (CEFI)*, el primer paso es darle una puntuación a las respuestas de los familiares. Para ello se sigue el criterio orientativo planteado en la Tabla 32:

**Tabla 32:** Orientaciones para la puntuación del *CEFI*

Puntuación	Criterio
-1	Conocimiento erróneo y potencialmente dañino
0	Desconocimiento o conocimiento errado
1	Conocimiento básico o superficial
2	Conocimiento bueno o profundo

Junto con los anteriores criterios generales se cuenta con una guía con el objetivo de orientar la corrección de cada ítem. Por ejemplo, ante la pregunta “... ¿Qué es lo que le ocurre a Tu familiar?...” una respuesta del tipo “...No lo sé... es algo de la edad”; obtendría una puntuación -1, al ser una respuesta errónea y potencialmente dañina al atribuir el comportamiento patológico a un problema normal como la edad. Esta respuesta apunta a que el familiar no asume o no sabe que su pariente estaría enfermo, lo que es potencialmente dañino.

Una respuesta cero sería el señalar “... es una enfermedad del cerebro...”; ya que se reconoce una enfermedad mental, pero no cuál es. Así, una respuesta del tipo “...es una psicosis...”, puntuaría con un uno. Mientras que la respuesta “...tiene una esquizofrenia paranoide...”, obtendría una puntuación de dos al expresar un conocimiento profundo respecto al nombre de la enfermedad.

Una vez traducidas las respuestas cualitativas a una puntuación cuantitativa, es posible obtener cuatro tipos de conclusiones: conocimiento total; conocimiento errado y potencialmente dañino; y conocimiento profundo o elaborado. Al mismo tiempo es posible obtener una puntuación por cada una de las seis dimensiones que constituyen el cuestionario: Diagnóstico; Causa; Tratamientos; Rol de la Familia; Signos de Recaída o Pródromos; y Curso de la Enfermedad.

La puntuación de conocimiento se obtiene mediante la simple suma de todos los ítems, restándole la puntuación con signo negativo. La puntuación de conocimiento potencialmente dañino se obtiene mediante la suma de la puntuación negativa, mientras que el conocimiento profundo se obtiene mediante la suma de la puntuación correspondiente, en este caso todas las puntuaciones "2".

Durante las aplicaciones de pilotaje el *CEFI* obtuvo una confiabilidad adecuada con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,8 (Soto-Pérez, 2008). Para mayor detalle respecto al *CEFI* es posible consultar el Anexo 31.

## **Salud**

Como se ha señalado en el marco referencial, uno de los efectos de la psicoeducación es una mejora en la salud general del cuidador. Asimismo, existen autores que han señalado que el uso de internet impacta positivamente en el bienestar general. Es por ello que se incluyó una medida de salud general en el estudio, para conocer el impacto de los tratamientos en la salud de los participantes.

El instrumento elegido fue el GHQ-28 (*General Health Questionnaire*) en su versión de 28 ítems, desarrollado por Goldberger (1972); y adaptado en España (Lobo, Pérez-Echeverría, y Artal, 1986; Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana, y Varo, 1979), entre otros.

El GHQ-28 es un cuestionario auto-administrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro sub-escalas de siete ítems cada una: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, y depresión grave. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas, no en el pasado. En este estudio se utilizó la

puntuación tipo “*Likert*” que asigna a cada una de las respuestas valores de cero a tres. Para mayor profundidad en el conocimiento de la escala GHQ-28 es posible revisar el Anexo 32.

Estudios de fiabilidad sobre el GHQ-28 han mostrado una elevada fiabilidad test-retest ( $r = 0.90$ ). En cuanto a la validez, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100% (Mediana del 86%); y la especificidad entre el 74% y el 93% (Mediana del 82%). En el trabajo de validación de Lobo et al. (1986) se aplicó el cuestionario a una muestra de 100 pacientes ambulatorios de las consultas de medicina interna. Los datos sobre validez predictiva obtenidos mediante Curva ROC fueron: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) obtienen una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, y un índice de mal clasificados del 17%. Para un punto de corte de 6/7 una sensibilidad del 76,9%, especificidad del 90,2%, e índice de mal clasificados del 15%. En el mismo estudio se ofrecen datos sobre la validez concurrente, tanto de la puntuación total como de las sub-escalas frente al diagnóstico según criterios ICD-9, hecho por dos psiquiatras entrenados en la administración de la CIS (*Clinical Interview Schedule*).

### **Satisfacción con la atención del servicio de psiquiatría**

Un área de impacto estudiada en las intervenciones psicoeducativas y ciberterapéuticas ha sido la satisfacción con los servicios. En este caso se incluyó una medida específica de satisfacción con el servicio para conocer el grado de influencia que tienen dos intervenciones similares pero que son desarrolladas por diferentes medios en la satisfacción de los usuarios de un servicio de psiquiatría. Para ello se utilizó la VSSS: *Escala de Satisfacción con el Servicio de Verona*, (Ruggeri, Dall'Agnola, Agostini, y Bisoffi, 1994; Ruggeri, Dall'Agnola, y Bisoffi, 1996; Ruggeri et al., 2000) que ha sido utilizada y validada en España (Artal et al., 1997; Pereira, 2003; Ruggeri et al., 2000).

Para este estudio se utilizó la versión para familiares, de forma similar a lo que hicieron sus autores en la estandarización de la escala (Ruggeri et al., 1994), y siguiendo la adaptación europea o VSSS-EU, que surge a partir de la versión italiana denominada VSSS-54. Esta escala ha sido ampliamente utilizada en la valoración de la satisfacción con los servicios de psiquiatría por parte de pacientes y familiares con diagnóstico de esquizofrenia (Ruggeri et al., 2000).

En cuanto a su contenido, la VSSS cuenta con 54 preguntas que abordan siete dimensiones: Satisfacción total (Tres ítem); Profesionalidad o competencia del personal (24 ítem que valoran la capacidad técnica y el comportamiento de los profesionales); Información

(tres ítem que abordan la disposición de información para con los usuarios); Accesibilidad (dos ítem); Eficacia (ocho ítem); Tipos de intervención (17 ítems que abordan acciones específicas, tanto si han sido recibidas como la satisfacción o necesidad de las mismas); e Implicación familiar (seis ítems que valoran la ayuda y apoyo que se le brinda a los familiares cuidadores). Esta escala es auto-aplicada, requiriendo ayuda solo cuando se presente algún tipo de deficiencia cognitiva y/o física.

La VSSS pide a los encuestados que califiquen los ítems uno al 40 en una escala tipo Likert de 5 puntos (1: completamente insatisfecho, a 5: muy satisfecho). Los ítem 41 a 54 proponen tres tipos de preguntas: primero, si se ha recibido tal o cual intervención; segundo, si la respuesta es afirmativa, el usuario puede puntuar la satisfacción con la intervención; tercero, si el usuario no ha recibido la intervención se le anima a estimar el deseo de haber recibido la acción.

Los resultados psicométricos de la Escala de Verona indican una consistencia interna  $\alpha$ : 1.0 (IC: 95%) para la escala total; mientras que sus dimensiones van de  $\rho$ : < 0,01 a 0,71. Las pruebas de test re-test mediante el Coeficiente de Correlación Inter-clase indican un resultado de la prueba de  $\rho$ : < 0,01; y de  $\rho$ : < 0,01 a 0,06 para sus dimensiones (Ruggeri et al., 2000).

### **Medida de alianza terapéutica**

También se incluyeron medidas de Alianza Terapéutica que completaron tanto cuidadores como profesionales. Una de las áreas más importante de estudio referida a las ciberterapias es la posibilidad que tienen estos medios tecnológicos para facilitar el desarrollo de una alianza de trabajo. La respuesta positiva a la pregunta respecto a la posibilidad que tienen los medios cibernéticos en el desarrollo de alianza de trabajo, incrementaría la probabilidad que este medio se transforme en un medio para la intervención psicológica.

Para ello se utilizó la *Working Alliance Inventory* o WAI (Horvath y Greenberg, 1989), en su versión corta (Tracey y Kokotovic, 1989); validada al español (Corbella y Botella, 2004). Este instrumento cuenta con 12 ítems que valoran: vínculo; metas; y las tareas necesarias para llegar a las metas en una relación psicoterapéutica.

La validación en español se realizó mediante la escala *Working Theory of Change Inventory* (WATOCI) que incluye los ítems de la WAI. El informe señala una  $\alpha$  de Cronbach de 0,93. La

consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) entre las diferentes áreas evaluadas es de 0,91 (Tareas), 0,85 (Vínculo); 0,86 (Metas) y de 0,82 para la “*Teoría del Cambio*”. Este último componente no lo considera la WAI. El análisis factorial señala que la escala está compuesta por tres factores que explican el 65% de la varianza total del cuestionario (Vínculo, Metas y Tareas). Este resultado diverge con los resultados de la prueba original al no incluir la dimensión de *Teoría del Cambio*, los que han sido atribuidos tanto a la necesidad de refinar la teoría del constructo de alianza terapéutica; como a una posible unificación de sus diferentes componentes ya que estos se solaparían compartiendo el contenido.

El inventario WAI fue aplicado en las primeras tres sesiones, y transcurridos nueve meses. De este modo, se pudo conocer la evolución de la alianza terapéutica en ambos formatos de tratamiento. Se debe destacar que se realizaron algunas modificaciones de vocabulario para que la escala pudiese ser aplicable en el ámbito grupal, e-terapéutico y tanto para clientes como terapeutas. De este modo, se ha contado con una medida individual de los clientes, una grupal (promedio de las medidas de clientes) y una de terapeutas para el grupo. La escala WAI está disponible en toda su extensión en el Anexo 32.

### **Apoyo Social**

Tanto las psicoeducaciones como las ciberterapias se han relacionado con un aumento del apoyo social disponible. Es por ello que en el presente estudio se han incluido una medida para valorar el impacto de las situaciones experimentales en el apoyo social percibido. Para medir el apoyo social se utilizó la MOS-SSS (*Medical outcomes study social support survey*), una escala de apoyo social desarrollada por Sherbourne y Stewart (1991), y estandarizado en España (De la Revilla, Bailón, De Dios, y Delgado, 1991), que permite evaluar el apoyo global en cuatro dimensiones: la afectiva, demostración de cariño y/o empatía (ocho ítems); la interacción social positiva o posibilidad de contar personas para comunicarse (cuatro ítems); el apoyo instrumental o posibilidad de ayuda doméstica (cuatro ítems); y el apoyo emocional informativo o la posibilidad de asesoramiento, consejo e información que contiene tres ítems (Anexo 33).

La escala MOS contiene 20 ítems, 19 que se puntúan en escala *likert* desde nunca hasta siempre y uno que informa respecto a los apoyos sociales cercanos disponibles (Cantidad de familias y amigos). Los resultados estadísticos respecto a la MOS-SSS apuntan a una correlación de al menos 0,72 entre ítem y la escala. Los resultados de consistencia interna

indican un  $\alpha$  de Cronbach, que va desde 0,91 a 0,97 (Sherbourne y Stewart, 1991). En la validación en España se hallaron algunas diferencias en el análisis factorial y un  $\alpha$  de Cronbach desde 0,85 a 0,94.

### **Medidas de Expectativas, manejo de la tecnología y preferencia**

Junto con valorar las expectativas ante el tratamiento, se les pidió a los participantes que valoraran su capacidad en el uso de ordenadores y si preferían un tratamiento tradicional por sobre el online.

Para valorar las expectativas de los usuarios ante el tratamiento y su posterior opinión sobre el mismo se utilizó una adaptación de la Escala de Credibilidad y Expectativas (CEQ) sobre el tratamiento basadas en la publicación de Borkovec y Nau (1972; Devilly y Borkovec, 2000). Esta escala ha sido utilizada por el servicio de asistencia psicológica de la Universidad Jaume I, Universidad de Valencia y Universidad Politécnica de Valencia en el proyecto EMMA (Botella et al., 2008). La escala CEQ cuenta con un análisis factorial que indica que entre el 73,69 y el 82,46% de la varianza se explica por la presencia de dos factores Credibilidad (Ítem 1 al 3) y Expectativas (Ítem 4 al 6). Los resultados de consistencia interna o fiabilidad indican un  $\alpha$  de Cronbach de 0,85 (Devilly y Borkovec, 2000). La escala CEQ puede ser revisada en el Anexo 34. La experiencia en el uso de ordenadores y la preferencia por el tratamiento tradicional u online se desarrolló mediante la incorporación de dos preguntas *ad-hoc*.

### **Presencia**

El “*Sentido de Presencia*” o la *Presencia* puede ser definida como la sensación que tiene un usuario de “*estar ahí*”; impresión que puede ser medida en la situación de uso de *psicoED* (Por ejemplo en la videoconferencia). De este modo, la valoración del sentido de presencia permite comprender la sensación “*de estar como*” en una conversación cercana con el terapeuta, a pesar de que estén separados por una gran distancia. Así, las medidas de presencia han sido incorporadas como una forma de conocer el “*realismo*” que brinda *psicoED*; así como comparar esta presencia con la que resulta de un grupo de psicoeducación tradicional. Para ello se utilizaron las medidas de presencia de Nowak y Biocca (1999), la que ha sido adaptada para la presencia de una multi-videoconferencia y de una página web como es *psicoED*. Para revisar el cuestionario OPS es posible revisar el Anexo 35.



### Opinión, cumplimiento de expectativas, satisfacción y usabilidad

Para valorar la opinión sobre la plataforma, la satisfacción con la misma y la usabilidad; se desarrollaron medidas *ad-hoc*. Aunque, la medida de cumplimiento de expectativas se refiere a la replicación del instrumento de expectativas con las mismas preguntas, pero esta vez ya no como expectativa sino como satisfacción con la intervención.

Por otro lado, las medidas de satisfacción, opinión y usabilidad se refieren a preguntas respecto al grado de facilidad en el uso y frecuencia de uso de los diferentes contenidos de *psicoED*. Estas preguntas debían ser respondidas en una escala de cero a diez.

Para mayor detalle respecto a estas medidas es posible revisar los Anexos 36, 37 y 38.

### Instrumentos para la medición de variables socio-demográficas

Para tener una mayor precisión respecto a las características de los participantes se recogieron una serie de variables socio-demográficas. El método utilizado fue la respuesta de cuestionarios por parte de las familias, así como la revisión de la historia clínica de los pacientes. Los datos obtenidos se resumen en la Tabla 33.

**Tabla 33:** Variables sociodemográficas

---

– Sexo	– Situación laboral
– Edad	– Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico
– Nivel de estudios	– Tratamientos
– Nivel socioeconómico de la familia	– Personas que duermen bajo el mismo techo
– Disponibilidad de ordenador en casa	– Capacidad en el uso de ordenadores
– Parentesco con la persona enferma	
– Diagnóstico	

---

En cuanto a la clasificación respecto a la habilidad en el uso de ordenadores se siguió el criterio que va de cero a diez, en donde cero es ausencia total de experiencia en el uso de ordenadores y diez es informática avanzada. 0 = Ninguna experiencia en el uso de ordenadores; 1 a 3 = Sabe utilizar una máquina de escribir; 4 a 5 = Ha navegado en internet. 6 = Sabe buscar en Google. 7 = Tiene correo electrónico y lo utiliza. 8 a 10 = Utiliza el ordenador e internet habitualmente tanto en lo personal como laboral.

## **Instrumentos de valoración de los resultados en los terapeutas**

Con la intención de abordar el impacto de una ciberterapia en los profesionales se establecieron una serie de instrumentos y medidas que permitieran describir algunas particularidades de *psicoED* en relación al tratamiento tradicional. Un punto de especial atención es la comparativa de carga horaria, así como la frecuencia de contactos de cada uno de los tratamientos. También se incluyeron medidas de alianza de trabajo así como un cuaderno de campo en el cual se registraban cada una de las sesiones realizadas. A continuación se presenta cada uno de estos instrumentos.

### **Carga horaria**

Registro *ad-hoc* del tiempo destinado a desarrollar la intervención en cada uno de sus formatos, así como la cantidad de contacto telefónico, mails, sesiones no programadas. Todo esto se registró en el cuaderno de campo.

### **Sesiones y contactos**

Registro *ad-hoc* de la cantidad de sesiones de tratamiento, sesiones individuales, contactos telefónicos, intercambio de correos u otro tipo de contactos.

### **Alianza terapéutica**

Para conocer la valoración que hacen los terapeutas de la alianza de trabajo en ambas situaciones experimentales, se utilizó la *Working Alliance Inventory* o WAI (Horvath y Greenberg, 1989) en su versión corta (Tracey y Kokotovic, 1989), adaptada a la población Española (Corbella y Botella, 2004). Este es el mismo instrumento que se utiliza para los familiares lo que permitió comparar los resultados tanto en terapeutas como familiares y en ambos formatos de intervención (Ver anexo 32).

## **Instrumentos cualitativos**

Los instrumentos cualitativos utilizados fueron dos, un guión para el desarrollo de un grupo focal entre los participantes del grupo de ciberterapia y un cuaderno de campo en donde se registraron detalles del proceso de implementación.

### **Guión de Grupos Focales *psicoED***

Un grupo focal o *focus group* es una técnica cualitativa de estudio consistente en un grupo de discusión sobre un tema específico (focalizado). El grupo es guiado por moderadores que le indican temas que deben abordar o que son de interés a investigar. Habitualmente se constituyen por entre cuatro a 12 personas que tienen alguna particular relación con el tema, por ejemplo y en este caso, usuarios de *psicoED*.

La labor del moderador es hacer preguntas, hacer avanzar al grupo siguiendo una pauta y promover la participación de todos los asistentes. Para todo ello, el moderador debe desarrollar un ambiente de comodidad y naturalidad en donde se anime a conversar y transmitir percepciones, actitudes y opiniones. Un aspecto central del moderador es promover el avance y evitar el estancamiento del grupo en temas superfluos o que ya se han “*saturado*”, es decir, que ya se ha entregado toda la información ya que se repiten los contenidos. Otra tarea importante del moderador es registrar elementos que no sean detectables. En este caso el registro fue de audio lo que impidió la detección de elementos no verbales.

El moderador debe promover la participación, evitando la confrontación de opiniones o la crítica entre los participantes de modo que se facilite la expresión. Es por ello, que por ejemplo se desaconsejó confrontar percepciones con el grupo del tipo: “*...estáis de acuerdo con lo que dijo Felipe...*”, sino que se valoró y motivó de forma neutra la participación: “*...que interesante lo que dice Felipe, ¿A ti te pasó algo parecido?...*”.

Otro desafío del moderador fue evitar la contaminación, es decir, que el grupo y su presión contamine la opinión de un participante. Si bien, el grupo focal tiende a concluir en un acuerdo, es importante que, al menos en un inicio, cada uno aporte su opinión minimizando esta contaminación.

En este caso se utilizaron dos moderadores, uno asumió el rol de dinamizador mientras que el otro se encargó de supervisar el avance. El que se abarque todos los temas y registro de

aspectos no verbales o que parezcan fundamentales en cada tema. En este caso se utilizaron a dos moderadoras ajenas al estudio de modo que no se cohibieran las opiniones de los participantes. Antes de comenzar la sesión de *focus group* se recordó la firma del consentimiento para ser grabados, se recalcó la confidencialidad de sus opiniones y se animó a ser especialmente críticos. En la siguiente Tabla (34), se resumen los contenidos principales del *focus group*.

**Tabla 34:** Temas a abordar en el grupo focal

---

1.	TEMA 1: Introducción: Bienvenida y presentación de la tarea
2.	TEMA 2: Reacción y Expectativas: ¿Cómo fue la reacción ante la propuesta? ¿Qué expectativas surgieron ante psicoED?
3.	TEMA 3: Experiencia ¿Cómo ha sido la experiencia con psicoED?
4.	TEMA 4: Eficacia: ¿Es psicoED eficaz?
5.	TEMA 5: Atributos Específicos
6.	TEMA 6: Sugerencias
7.	TEMA 7: Cierre

---

Para mayor detalle respecto al guión del grupo focal es posible revisar el Anexo 39, en donde se abordan las preguntas de cada uno de los temas así como las sugerencias que orientaron a los facilitadores del grupo.

### **Cuaderno de Campo del proceso de implementación y utilización de la plataforma**

Una vez por semana, finalizada cada reunión o de cada sesión de ciberterapia, se rellenó un cuaderno en donde se registran incidencias, reflexiones, experiencias, problemas y sus posibles soluciones. Entre las variables específicas a registrar se determinó la calidad de imagen y sonido, que eran clasificadas en cada una de las sesiones en una escala de cero a diez: cero indica la ausencia de sonido o de imagen y diez calidad perfecta. Así, también el ciberterapeuta llevaba un registro de las menciones que realizaban los usuarios a lo largo de las sesiones de cada uno de los elementos de *psicoED*. Por ejemplo, al aconsejar la observación de un video, al valorar la tarea si el usuario señalaba un comentario como “...*me costó encontrarlo...*”; ese comentario era señalado en el cuaderno de campo haciendo referencia a los videos.

En este cuaderno se registró también la duración de cada sesión; llamadas telefónicas; envío y recepción de mails; la calidad del audio; calidad de la imagen; comentarios de los usuarios; y, en definitiva todo detalle que pudiese tener interés para conocer el desarrollo del proceso ciberterapéutico.

## ***Métodos y procedimientos***

A continuación se desarrolla la metodología y los procedimientos que guiaron el desarrollo de este estudio. Primero, se presenta el método general de la intervención en donde se desarrolla el diseño de la investigación. Posteriormente, se desarrolla el método y procedimiento bibliográfico. Este proceso permitió conocer el fenómeno de las ciberterapias y la psicoeducación de modo de favorecer un cruce conceptual entre ambos favorecer el establecimientos de lazos entre ambos conceptos para desarrollar la presente investigación.

Una vez revisados los conceptos teóricos y las experimentaciones que se han realizado en ciberterapias, se pasa a revisar el método y proceso de intervención terapéutica que resume el proceso terapéutico que se desarrolló en los tratamientos ofrecidos. A continuación, se aborda el método de desarrollo y procedimiento de *psicoED*, de modo de reflejar los pasos que se siguieron en el diseño de la plataforma online. Finalmente se abordan los métodos y procedimientos de investigación cuantitativos y cualitativos.

## ***Diseño metodológico general de la investigación***

A continuación se describe el diseño de la investigación que pretenden abordar el problema planteado y dar respuesta a las diferentes preguntas guías e hipótesis. Para definir el diseño de investigación se desarrolla el tipo de estudio; las consideraciones éticas; y el tipo de muestreo utilizado.

### **Tipo de Estudio**

Para el desarrollo del presente estudio se decidió utilizar un diseño pluri-metodológico cuali-cuantitativo. La elección de esta combinación de metodologías se fundamenta en la complejidad del objeto de estudio: la implementación y resultados preliminares (eficacia), de

una psicoeducación online. Así, el presente estudio pretendió describir las variables que intervienen en una implementación de un tratamiento online, determinar las percepciones de los diferentes usuarios y, al mismo tiempo, aproximarse a la efectividad, usabilidad y resultados que arroja una intervención de este tipo. De este modo, ciertos objetivos del estudio fueron pre-experimentales del tipo ensayo clínico. Desde otro punto de vista es cualitativo relacional; correlacional; y hasta exploratorio en lo que respecta a la implementación de un programa de ciberterapia.

Específicamente, desde la perspectiva del desempeño de la plataforma psicoeducativa online en comparación con los cuidados tradicionales, esta fue una investigación cuasi-experimental y longitudinal en la cual se ha manipulado la variable de tratamiento para determinar su efecto en los tres formatos presentados: grupo control (sin programa psicoeducativo específico), psicoeducación tradicional y e-psicoeducación (programa *psicoED*).

Por otro lado, respecto a las apreciaciones de los profesionales y usuarios de la plataforma *psicoED*; esta investigación utiliza un diseño cualitativo, realizando el análisis de *grupo focal* en el caso de familiares y el registro en un cuaderno de campo para abordar el punto de vista de los profesionales. Es decir, desde la perspectiva de los profesionales los resultados surgieron desde una investigación participante u observación participante, registrado en un cuaderno de campo.

El diseño correlacional se refiere a la intención de conocer algunas relaciones entre variables, como por ejemplo la relación entre expectativas ante la ciberterapia y experiencia previa en el uso de ordenadores.

Los aspectos de implementación siguieron un análisis descriptivo pluri-metodológico ya que por un lado se registran cantidad de errores, sugerencias y uso de la web; y, por otro se señalan los requerimientos y se detallan las dificultades y obstáculos encontrados en el proceso de implementación, utilizando la síntesis del cuaderno de campo.

### **Tipo de muestreo**

El muestreo fue no aleatorizado y no probabilístico, sino intencional, tal como se señala ampliamente en el apartado anterior referido a Población y Muestra<sup>42</sup>.

### **Consideraciones y procedimientos éticos**

El presente trabajo ha considerado tanto el Código Deontológico del Psicólogo (Colegio-Oficial de Psicólogos, 2002) como las normas, requisitos y las leyes locales aplicables; prestando especial atención a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Boletín Oficial del Estado, 1999).

Los participantes en el estudio no han sido expuestos a ningún tipo de daño permanente, irreversible o innecesario, y su participación en la investigación ha sido autorizada explícitamente mediante consentimiento informado (anexo 3). Se ha respetado la dignidad de las personas, sus creencias, su intimidad y su pudor. En cuanto al uso de la información; se ha obtenido exclusivamente la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas y siempre con la autorización expresa de los participantes en la investigación. Toda la información obtenida está sujeta al deber y derecho de secreto profesional y fue tratada con absoluta confidencialidad; manteniendo el anonimato de los participantes en cualquier publicación a la que el trabajo pudiera dar lugar.

Las consideraciones éticas que se desarrollan a continuación abordan la presentación del proyecto de estudio a un comité ético; el proceso de consentimiento informado; valoración del riesgo del paciente; y la retroalimentación con los participantes.

### **Comité ético de investigación clínica**

Se obtuvo la aprobación previa del protocolo del estudio por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Complejo Hospitalario Virgen de la Concha de Zamora (Anexo 4).

---

<sup>42</sup> Pp. 183-191.

### **Solicitud de consentimiento informado**

El estudio se efectuó conforme a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Boletín Oficial del Estado, 1999). A pesar que los participantes no fueron sometidos a riesgo alguno; se solicitó igualmente el consentimiento informado, sobre todo por la necesidad de grabar algunas sesiones de videoconferencia para su análisis y utilización en investigación y docencia.

### **Consentimiento informado**

La firma de consentimiento informado incluyó un proceso de información para todos los participantes. Este procedimiento fue informado y aprobado por el comité de ética de área de Salud de Zamora. Este proceso comenzó con la información que les fue entregada por los profesionales de referencia al momento en que se indicó la derivación al programa de psicoeducación. Posteriormente, el equipo de terapeutas brindó nuevamente información telefónica a cada uno de los posibles participantes.

Una vez formados los grupos de participantes el proceso de obtención del consentimiento informado incluyó algunas diferencias dependiendo del grupo al que pertenecían los participantes. Así, los miembros del grupo tradicional firmaron el consentimiento durante la primera sesión, junto con entregar los cuestionarios de evaluación previa. Los participantes del grupo control firmaron el consentimiento al rellenar los cuestionarios, recibiendo toda la información a distancia y de forma telefónica o escrita. Finalmente, el grupo online firmó el consentimiento al momento de la visita domiciliaria y junto con la implementación tecnológica en el domicilio.

Después de la firma del consentimiento, el proceso de información respecto al estudio continuó. Por ejemplo, se publicaron noticias en la página de *psicoED*; se realizaron llamadas telefónicas informativas; se mantuvo total apertura para brindar información; se entregó material que retroalimentó los resultados previos y finales del estudio (Anexos 5 y 6). Un resumen del proceso de obtención del consentimiento informado puede revisarse en la Tabla 35.



## Valoración del riesgo para el paciente

No se consideraron necesarias medidas adicionales para proteger la salud de los pacientes participantes en el estudio, puesto que no se emplea intervención farmacológica alguna ni se realizan actividades físicas o mentales que pudieran comprometerla. En definitiva, no se utiliza ninguna acción de tipo invasiva con los participantes del estudio.

## Retroalimentación para con los participantes

Las conclusiones derivadas del estudio fueron retroalimentadas a los participantes de forma escrita y enviadas por correo tradicional. Se enviaron dos retroalimentaciones, una correspondiente a la descripción de las mediciones previas y entonces una síntesis de los resultados generales del estudio (Anexos 5 y 6).

**Tabla 35:** Proceso de obtención del consentimiento informado

- 
- 1) Información por parte de los profesionales de referencia y mediante folletos
  - 2) Dos llamadas telefónicas para brindar información y motivar
  - 3) Envío por correo tradicional de carta informativa, cuestionarios y documento de consentimiento
  - 4) Diferenciación por grupos
    - a) Grupo control: Firma de consentimiento a distancia y devolución mediante correo tradicional; aclaración de dudas de forma telefónica
    - b) Grupo tradicional: Firma del consentimiento durante la primera sesión y posterior a la posibilidad de plantear consultas
    - c) Grupo online: Firma del consentimiento durante la visita domiciliaria y posterior a la posibilidad de plantear consultas
  - 5) Continuación del proceso de información
    - a) Publicación de noticias en psicoED
    - b) Envío de carta de agradecimiento y de los resultados de las mediciones previas
    - c) Una llamada telefónica informativa previa al envío de las mediciones post
    - d) Envío de carta de agradecimiento y de los resultados de las mediciones post
- 

## ***Método y procedimiento bibliográfico***

Los métodos de información bibliográfica para la investigación permitieron al investigador utilizar la información registrada en determinados documentos para llevar a cabo el presente estudio (Torres, 1996). De este modo, la revisión bibliográfica se constituyó en los hilos que permitieron localizar y seleccionar la información precisa entre la gran cantidad de documentos disponibles. En este caso, y debido a lo novedoso del tema de investigación, el método bibliográfico constituyó un elemento basal para la realización del presente estudio.

La revisión de la literatura consistió en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pudieran ser útiles para los propósitos del estudio (Escamilla, 1998). De este modo se extrajo y recopiló la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación. Esta revisión debe fue selectiva, puesto que diariamente se publican en el mundo miles de artículos que obligan a seleccionar solo los más importantes y recientes (Day, 1994).

Dankhe (1986, en Sampieri, Collado, y Lucio, 1998), clasificó las fuentes bibliográficas en Primarias, Secundarias y Terciarias. A continuación se resumen las fuentes utilizadas en este estudio. La principales fuentes fueron las primarias; particularmente en el ámbito de las ciberterapias la revista fundamental fue *Cyberpsychology & Behavior*, junto a la revista *Telemedicine journal and e-health*. Mientras, en el ámbito de la psicoeducación las fuentes primarias fueron el *British Journal os Psychiatry*; *Archives of General Psychiatry*; *Schizophrenia Bulletin*; *American Journal of Psychiatry*; y *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Como fuentes secundarias se han utilizado libros especializados. En el ámbito de las ciberterapias se pueden nombrar ejemplos como: *“Online therapy: a therapist's guide to expanding your practice”* (Derrig-Palumbo y Zeine, 2005); mientras que en psicoeducación existen libros fundamentales como: *“Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders”* (McFarlane, 2002); *“Esquizofrenia: guía práctica de trabajo con las familias”* (Kuipers et al., 2004); y *“Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention”* (Barrowclough y Tarrrier, 1992). Junto a lo anterior se ha utilizado la página web del Instituto Nacional de Estadísticas (<http://www.ine.es>) y la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int>). Asimismo se revisaron múltiples índices bibliográficos tales como Medline; Pubmed; PsycINFO; psicodoc; Teseo; Scielo; entre otros.

Como fuentes terciarias, se han utilizados los recursos de la biblioteca de psicología de la Universidad de Salamanca; así como los recursos de la biblioteca de la Pontificia Universidad Católica de Chile; el portal y área de documentación de Fundación INTRAS y el buscador de internet *Google*®.

Las etapas del método bibliográfico comenzaron con la elección de temas relevantes para orientar la búsqueda de bibliografía hacia algunos términos claves. Así, se comenzó a desarrollar una base de datos con términos claves de la investigación. Respecto a estos términos o palabras claves, se encontraron especiales dificultades en el ámbito de las ciberterapias ya que existe una gran variedad de conceptos que hacen referencia a ellas y al

igual que las psicoterapias, son un concepto no unívoco (Andersson, 2009). En la Tabla 36 es posible revisar el mapa de palabras claves que se utilizó a lo largo del proceso de búsqueda bibliográfica.

Toda la información bibliográfica se gestionó mediante el programa *Endnote*<sup>®</sup> desde sus versiones X a X<sup>3</sup>. Cada vez que se realizó una búsqueda bibliográfica esta fue almacenada en una carpeta denominada “*Búsquedas*”. Dentro de esta carpeta se crearon sub directorios por el nombre de cada una de las búsquedas en donde se incluyó la fecha en que se realizó cada exploración. Se debe señalar que cada búsqueda se almacenó en una carpeta individual en donde se almacenaba el archivo *Endnote* (.enl), y su respectiva carpeta de datos (.data). Finalmente, cada una de las búsquedas supuso una serie de pasos que se resumen en la Tabla 37. Estos pasos transcurren en espiral, de modo que una vez alcanzado el paso 16, se comienza nuevamente desde el paso uno. Esta vez con toda la información obtenida con todo el proceso transcurrido.

### ***Métodos y procedimientos de intervención terapéutica***

A continuación se sintetizan los elementos fundamentales que guiaron las intervenciones psicoeducativas en el presente estudio, tanto en su condición tradicional como online. Es importante destacar que ambos programas psicoeducativos contienen los mismo elementos centrales y característicos, y utilizan las mismas técnicas de intervención. Solamente difieren en cuanto al medio en el que se desarrollan las acciones: unas son realizadas cara a cara y en contacto directo, mientras que otras se realizan a distancia y a través de internet.

Para desarrollar los elementos centrales de los tratamientos psicoeducativos del presente estudio se abordan su misión y objetivos. Los principios que guían la intervención psicoeducativa; las características generales de la intervención (rol de los terapeutas, participantes, frecuencia, entre otros); técnicas grupales, estructurales y comunicación. Finalmente, las fases y objetivos de cada una de las etapas de la intervención incluyendo su evaluación.

**Tabla 36:** Términos claves utilizados en el proceso de búsqueda bibliográfica

---

**Schizophrenia**

Schizophren\*  
Psychosis

**Psychoeducation**

Pychoeduca\*  
Education  
Health education  
Family education  
Health Knowledge  
Psicosocial  
Family intrevention  
Family psicoeducation  
Family Therapy  
Family Intervention  
Caregivers Interventions

**Cybertherapies**

Telemedicine  
Online treatment  
Telehealth  
Online therapy  
Online Treatment  
Internet theraphy  
Cyber Counselling  
Tele Therapy  
Distance education  
Nontraditional education  
Telecommunications media  
Computer Assisted Instruction  
Educational Technology  
Computer Assisted Design  
Computer System Design  
Educational Facilities  
Computer therapy

---

El símbolo \* indica que se utilizó la palabra de forma *truncada* para acceder, por ejemplo desde *schizophren\** a todas las palabras que contendrían la sección *shizophren*; como *schizophrenia* o *schizophrenics*.

**Tabla 37:** Pasos realizados en cada una de las búsquedas bibliográficas desarrolladas

- 
1. Determinación de palabras claves
  2. Búsqueda en índices bibliográficos
  3. Exportación a *Endnote*<sup>®</sup>
  4. Revisión superficial, detectando la correcta importación
  5. Detección de hallazgos duplicados
  6. Ordenación por años en orden decreciente
  7. Lectura de títulos y detección de artículos de interés, los que se marcan en negrita
  8. Lectura del resumen de títulos de interés
  9. Búsqueda de artículo completo de título de interés
  10. Enlace entre artículo completo y referencia *Endnote*<sup>®</sup>
  11. Definición de diez artículos de interés para su lectura
  12. Lectura del artículos
  13. Subrayado y apunte de información relevante
  14. Incorporación de datos relevantes al texto
  15. Almacenamiento del texto impreso, subrayado y con anotaciones en carpeta de apuntes indexadas por tema
  16. Preparación de nueva búsqueda y re-inicio del proceso
- 

## **Misión y Objetivos de la psicoeducación**

### **Misión**

Ayudar a las familias a desenvolverse mejor con un miembro que sufre una enfermedad como la esquizofrenia.

### **Objetivo general**

Mejorar las capacidades de afrontamiento y la convivencia de las familias que cuentan con un miembro con diagnóstico de esquizofrenia.

### **Objetivos específicos**

1. Prevenir re-hospitalizaciones.
2. Entregar información respecto a la enfermedad.
3. Mejorar la comunicación dentro de la familia y con el servicio.
4. Establecer una fructífera alianza entre pacientes-familia-servicio.

5. Disminuir la emoción expresada dentro de la familia.
6. Entregar herramientas de afrontamiento.
7. Fomentar la utilización del modelo de resolución de problemas en la rutina familiar.
8. Mejorar el apoyo y las redes sociales de las familias.
9. Satisfacer metas individuales y familiares.
10. Mejora la calidad de vida y disminuir la carga familiar.
11. Mejorar la capacidad de cobertura del servicio de psiquiatría y el acceso de sus usuarios a este tipo prestación.

### **Principios de la intervención psicoeducativa**

La bibliografía consultada establece una serie de condiciones y principio que guían las intervenciones psicoeducativas (Anderson, Reiss, y Hogarty, 1988; Arévalo-Ferrera, 1990; Crowe et al., 1998; Goldstein y Miklowitz, 1995; Kuipers et al., 2004; Lam, 1991; McFarlane, 2002; McFarlane, Dixon, Lukens, y Lucksted, 2003; Pollio, North, Osborne, Kap, y Foster, 2001). Estos principios fueron considerados y practicados a lo largo de la intervención.

En resumen, los principios son:

1. Se valora como fundamental la participación activa de las familias en todo el tratamiento de la esquizofrenia.
2. Se define a la esquizofrenia como un trastorno mental de base biológica y cerebral que mejora parcialmente con la medicación, pero en donde las familias y las intervenciones psicosociales tienen un efecto significativo en la recuperación ya que se considera que a la base del trastorno se encuentra la vulnerabilidad bio-psico-social.
3. Las intervenciones psicoeducativas consideran y evalúan algunos aspectos fundamentales que concuerdan con el modelo de recuperación (Recovery). Así, se consideran:
  - a. Las necesidades del paciente.
  - b. Las necesidades clínicas y sociales del paciente.
  - c. Las expectativas de la familia en el tratamiento.
  - d. Las expectativas de la familia para con el paciente.
  - e. El sentimiento de pérdida dentro de la familia.

- f. Las fortalezas y limitaciones de la familia en su habilidad para apoyar al paciente.
2. Se utilizan una serie de intervenciones terapéuticas básicas y habituales:
    - a. Los psicofármacos como condición *sine qua nón*.
    - b. La incorporación de intervenciones y técnicas con fundamento empírico, utilizando un contacto humanista con elementos cognitivos-conductuales y sistémicos tale como:
      - La transparencia.
      - La empatía.
      - Re-estructuración cognitiva.
      - Realización de tareas.
      - La implementación de soluciones estratégicas.
      - Entrenamiento en resolución de problemas.
      - El análisis estructural de la familia.
      - Trabajo de redes y apoyo social.
      - Intervenciones para mejorar la comunicación.
      - Herramientas de afrontamiento.
      - Intervenciones para disminuir la emoción expresada.
      - Otras
  3. Se centran en el “*aquí y el ahora*”.
  4. Sus intervenciones se desarrollan con una flexibilidad centrada en las necesidades de la familia.
  5. Se reconoce el derecho a recibir información desarrollando métodos de instrucción para usuarios y cuidadores que se entregan en el momento y la forma adecuada. Se reconoce el deber de los profesionales de entregar información de forma adecuada.
  6. Se desarrolla una forma particular de vincular y considerar a la familia:
    - a. Se fomenta la participación en un marco de colaboración entre pacientes-familiares-cuidadores y profesionales.
    - b. Se evita culpar o responsabilizar a la familia.

- c. Se considera a la familia como parte del equipo de rehabilitación.
7. Los terapeutas tienen un rol activo, cercano y transparente, manteniendo ciertas características:
- a. Ofrecen información, guía y consejo, llegando a negociar o representar a la familia frente a otros dispositivos si se hace necesario.
  - b. Mantienen un compromiso empático y sensible al estrés emocional siguiendo el modelo “Rogeriano” de relación con el cliente.
  - c. Mantienen una flexibilidad centrada en las necesidades de la familia.
  - d. Los terapeutas tienen experiencia y vocación por el trabajo con familias, mostrando un interés genuino por sus necesidades.
  - e. Mantienen conocimientos actualizados en áreas fundamentales (etiología, tratamientos, resolución de problemas, emoción expresada, manejo conductual, otras).
  - f. No deben ser autoritarios, saben moderar, acompañar y trabajar en equipo, recibiendo cómodamente las críticas y sugerencias.
  - g. Su relación con las familias y su co-terapeuta es un modelo de cómo las familias deben relacionarse entre sí.
  - h. Saben manejar las expectativas en un nivel realista.
8. Se procura proporcionar servicios con ciertas características:
- a. Coordinados, estables y continuos en el tiempo.
  - b. Disponer de recursos ágiles y de fácil acceso en momentos de crisis.
  - c. Facilitar el acceso a pesar que la intervención haya cesado.

A los principios anteriores se debe agregar una condición particular de las intervenciones multifamiliares señalado por McFarlane (2002). Esta se refiere a que el ambiente grupal se debe mantener menos intenso que una relación familiar y, generalmente; es menos intenso que una relación de amistad cercana, aunque muchas veces se establecen lazos cercanos entre los participantes. El ambiente ideal debe ser calmado, benigno, flexible, con una estructura social conocida y con límites conductuales y un alto grado de predictibilidad, así como un cuidadoso control de las expectativas de desempeño, y manteniendo una continuidad de la pertenencia. Conservar estas condiciones ambientales radica en las habilidades de la dupla



terapéutica en cuanto a lograr una intervención no intrusiva y que representa el clima que se debe alcanzar en las familias.

Por otro lado, el uso de las TICs en psicoterapia se ajusta totalmente a estos principios junto a facilitar la superación de brechas de acceso, disminuir la estigmatización y potenciar el acceso a la información por parte de los usuarios y familiares, entre otras.

Finalmente, en la Tabla 38, se señalan dos compromisos que se encuentran a la base de las intervenciones psicoeducativas (McFarlane, 2002), que deben observarse a lo largo de cada uno de sus detalles.

**Tabla 38:** Supuestos a transmitir a la familia

- 
- La familia funciona normalmente hasta que se pruebe lo contrario
  - El mejor resultado para el enfermo es más probable cuando la familia hace ajustes compensatorios en su vida diaria. Estos ajustes están dictados por las características específicas del desorden y no por un modelo normativo de funcionamiento familiar
- 

## **Características generales de la intervención**

### **Terapeutas**

La intervención psicoeducativa requiere idealmente la participación de dos terapeutas. Además, se debe tener en cuenta que la pareja de terapeuta realiza un modelado de conducta de cómo la familia debería comportarse (Kuipers et al., 2004). Es recomendable considerar la participación de terapeutas de diferente sexo de modo de reproducir a una dupla parental. En el caso de la intervención online la dupla puede asistir a las sesiones desde el mismo sitio, en el mismo despacho.

Este modelado implica presentar, por ejemplo, formas adecuadas de escucha, de discusión y negociación al discutir abiertamente diferencias, siempre y cuando los terapeutas sepan que pueden presentar una interacción y resolución adecuada (Kuipers et al., 2004). En este sentido, como en toda co-terapia, se hace fundamental la confianza y el respeto mutuo, considerando la supervisión y la mediación si se enfrentara alguna aspereza que no pueda ser resuelta (Kuipers et al., 2004).

La consideración de dos terapeutas no solamente se justifica por las recomendaciones respecto a la relación terapeuta/participantes (McFarlane, 2002), sino también porque permite una mejor formación, entrenamiento y supervisión mutua, lo que se relaciona con mejores resultados (Fadden, 1998; McFarlane, 2002; Weisman et al., 2002).

Otro aspecto importante que debe considerarse la dupla terapéutica es el establecimiento de alianzas flexibles con todos los miembros de las familias las que deben ser intercambiadas entre los terapeutas y se debe considerar también el moderar la normal tendencia a tener más cercanía entre unos familiares y un terapeuta (Kuipers et al., 2004). Esta flexibilidad también incluye la tolerancia a la pérdida de control que implica el desarrollo de un estilo colaborativo de relación (Fadden, 1998). Más adelante se precisan algunas técnicas de triangulación que facilitan el logro de alianzas flexibles.

El rol general de la pareja de terapeutas fue liderar esta mini-organización (McFarlane, 2002), comportándose como un facilitador más que protagonista, con una gran capacidad de cooperación, la que ha sido asociada a un retardo de la recaída (Weisman et al., 2002).

Se debe destacar que, debido a las características de la psico-tecnología a utilizar, la participación de cada miembro de la dupla terapéutica se desarrolló a intervalos, asumiendo uno de ellos un rol activo y cercano al grupo, mientras que el otro mantenía un rol de observador y asesor; intentando intercalarse los roles.

Hay que señalar que se intentó otorgar presencia y claridad de los roles que asumen cada uno de los miembros de la dupla terapéutica, haciéndolos explícitos y presentando a cada uno de los terapeutas al inicio de cada sesión y despidiéndose al finalizarla, intentando que se asuman algunas actividades. Por ejemplo, un terapeuta realizó siempre la recepción y socialización inicial y el otro siempre desarrolló las sesiones o al menos siempre realizó la introducción.

### **Cantidad de participantes**

La recomendación señala que la pareja de terapeutas se haga cargo de hasta 8 familias o que cada terapeuta no asuma más allá de cuatro familias y que nunca se superen las diez familias (McFarlane, 2002). En el caso de la e-psicoeducación, la cantidad de participantes se ajustó a estos límites así como a los determinantes tecnológicos de acuerdo a la velocidad de

conexión y la experiencia de la dupla terapeuta en intervenciones online. En un principio una cantidad que no supere a seis familias se vuelve suficientemente cómoda y recomendable.

### **Grupo abierto**

Se ha promovido la continuidad del grupo mediante su inicio durante los meses de Septiembre y Octubre. Las incorporaciones posteriores se realizaron previo análisis de su pertinencia y necesidad, así como la correspondiente capacitación de la familia en la tecnología y el posterior trabajo en el grupo ya formado de e-psicoeducación para el acomodo de los nuevos participantes.

### **Tipo de participantes**

El tipo de participantes se describe más adelante en la *“FASE 1: Convocatoria, reclutamiento, evaluación y alianza con los participantes”*. Y han sido descritos en la metodología<sup>43</sup>.

En cuanto a la ciberterapia, en un principio se permitió la participación libre del miembro de la familia que espontáneamente asumía la representación en la videoconferencia para en seguida ir guiando y direccionando esta participación de acuerdo a los requerimientos que los terapeutas estimen pertinentes. En este caso particular, se recomendó la designación del miembro de la familia a participar más que contar con todo el grupo familiar. Posteriormente, a medida que el proceso avance satisfactoriamente fue posible programar sesiones en la que estuvieran presentes otros miembros del grupo familiar.

### **Frecuencia e Intensidad**

La frecuencia de sesiones fue quincenal durante nueve meses. Se ha puesto de manifiesto que las intervenciones duraderas y exitosas abarcan entre ocho a 12 meses (McFarlane, 2002; Montero, Masanet, Bellver, y Lacruz, 2006). En este caso la intervención abarcó nueve meses de estudio y posteriormente cuatro meses de seguimiento, alcanzando un total de 13 meses.

---

<sup>43</sup> Tabla 21, Pp. 183.

Las sesiones han tenido una duración de entre 45 minutos a dos horas (Anderson et al., 1988; Falloon, 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002); siendo las ciberterapias de una duración cercana a una hora y las terapias tradicionales cercana a las dos horas. En todo caso fueron programadas dejando un margen de treinta minutos para abordar cualquier imprevisto y mantener un ritmo sosegado. La intervención online incluye también atención continua asincrónica mediante correo electrónico y participación en foros; así como la “*nutrición*” de *psicoED* con material para la biblioteca.

### **Período de implementación**

La intervención propiamente dicho comenzó durante la última semana de Septiembre. Cabe considerar que se suspendieron las sesiones durante el período de fiestas de Diciembre, Semana Santa y mes de Agosto, manteniendo el contacto de emergencia continuamente, incluso durante este período.

Se completaron así 42 semanas de intervención al año, lo que implica un total de 22 sesiones anuales, en donde se incluyen sesiones de alianza, evaluación y tratamiento. Posterior a las 19 sesiones, continúa un período de seguimiento de cuatro meses con sesiones mensuales.

Posteriormente hay que señalar que los estudios a largo plazo señalan una tendencia a la extinción del efecto de las intervenciones psicoeducativas que sugieren que éstas se desarrollen continuamente (Anderson et al., 1988; Hogarty et al., 1986; Hornung, Feldmann, Klingberg, Buchkremer, y Reker, 1999; Magliano y Fiorillo, 2007; McFarlane, 2002; Muela-Martínez y Godoy-García, 2002). Esto hace aconsejable continuar con la intervención con frecuencia trimestral ya sea mediante videoconferencia, comunicación asincrónica o contactos telefónicos, o bien desarrollando un formato cercano al grupo de autoayuda con la presencia profesional por un tiempo indefinido.

### **Acciones ante la inasistencia**

La inasistencia debe ser considerada un evento normal en un tratamiento, así como el olvido de la toma de una medicación. Ante las inasistencias se realizó una llamada telefónica durante los tres días posteriores para indagar el estado en que se encontraba la familia, las

causas de la inasistencia e incentivar el volver a asistir. Siempre que haya inasistencia se volvió a realizar la convocatoria hasta por tres oportunidades consecutivas. Es decir, si una familia no asistió a una sesión, y tampoco a una segunda de forma consecutiva, en ambas ocasiones se realizó una llamada para indagar el estado de la familia y se le convocó a la siguiente sesión. Esto se realizó hasta en tres oportunidades consecutivas.

Si la inasistencia se produce en tres sesiones consecutivas; tras la tercera ausencia se le llamó por última vez para informarle que ya no se le continuará contactando de forma tan insistente, pero que podría volver a asistir o a solicitar ayuda cuando lo desee.

### **Materiales**

Es importante disponer de materiales de apoyo como posters, trípticos informativos y manual de psicoeducación para familias. Igualmente, en la versión tradicional se requiere una sala amplia para el trabajo grupal. En el formato de ciberterapia, las familias deberían disponer de impresora para imprimir la información y documentos que deseen, junto a un ordenador y una conexión a internet.

Se consideró la entrega de un manual *ad-hoc* para participantes que incluía los contenidos de las intervenciones, actividades para el hogar, material informativo adaptado para la intervención, y datos sobre libros, películas o sitios web para visitar, si no es posible contar con la mencionada impresora (Anexo 9).

### **Técnicas grupales, estructurales y de comunicación**

Algunos autores recalcan algunas técnicas e intervenciones específicas que se deben potenciar en la intervención, estas han sido clasificadas en técnicas grupales, estructurales y de comunicación.

#### **Técnicas grupales**

McFarlane (2002), señala algunas técnicas específicas de la intervención (Tabla 31), cuyo énfasis está en la dirección, los aspectos interpersonales y en la interacción más que el contenido verbal. Lo importante para McFarlane es la estructura social que se desarrolla de modo que estas técnicas se relacionan con el manejo de terapias grupales (Fadden, 1998).

Entre estas técnicas se encuentra la **Auto-triangulación**, entendida como el interponerse entre miembros o familias para dirigir la relación inhibiendo y regulando la interacción entre los individuos o las familias. Ello con el fin de establecer la estructura social liderada por la pareja de terapeutas, especialmente durante las primeras sesiones (McFarlane, 2002). Esta técnica se ve potenciada en la e-psicoeducación debido a la imposibilidad de superponer comunicaciones y al control que pueden ejercer los terapeutas de la psico-tecnología. Por ejemplo, los terapeutas estaban atentos para actuar cada vez que se producía alguna discusión que tendiera a aumentar la expresión de emociones. Así, actuaban como mediadores o pidiéndoles a una familia no implicada en la situación que la resolviera desde su propia perspectiva. Todo ello impidiendo la sobre carga emocional de las sesiones.

Específicamente en las sesiones online, el terapeuta tiene la posibilidad de silenciar y orientar el audio de los participantes, de modo que esta técnica de la triangulación puede realizarse incluso cuando existe menor disposición de los participantes para respetar los turnos de habla que dirigen los terapeutas.

Así también se señala la **Interpretación Grupal** que es utilizada para validar al grupo como tal en donde el terapeuta toma una posición complementaria al grupo, para, por ejemplo, compartir una experiencia. Se debe aclarar que estas interpretaciones no tienen nada que ver con las interpretaciones grupales dinámicas, que deben ser evitadas (McFarlane, 2002).

**Tabla 39:** Técnicas grupales de la intervención

- 
- **Auto-triangulación**
    - Relacionar un problema a la Guía de Manejo Familiar
    - Aclarar información interaccional
    - Dirigir las secuencias de la resolución de problemas
    - Bloquear las interrupciones
    - Afrontar la atención pobre
    - Controlar los afectos extremos, la negatividad y la violencia
  - **Interpretación grupal**
    - Obtener y determinar temas
    - Elogiar la ayuda inter-familiar
    - Sostener conversaciones sociales intra-grupales
  - **Vínculo inter-familiar**
    - Parentalidad cruzada
  - **Manejo inter-familiar**
- 

El **Enlace Inter-Familiar**, se refiere a las intervenciones que realizan los clínicos para lograr que las familias y los miembros se relacionen entre sí, sobre todo al inicio de la intervención. Por ejemplo, cuando un miembro espera una respuesta del clínico y éste redirige la pregunta a otro miembro en particular, para a continuación responder. Así también, se propone la

*parentalidad* cruzada en la que otros padres realizan sugerencias sobre una situación para un hijo ajeno (McFarlane, 2002).

Finalmente, respecto a técnicas grupales, es necesario destacar el **Manejo Inter-familiar** que implica reforzar las relaciones entre las familias para favorecer el desarrollo de una red social natural.

### **Técnicas Estructurales**

Kuipers et al. (2004), señalan algunas condiciones a tener en cuenta según el tipo de familia que participe; ya sean ambos padres, uno sólo de ellos, el marido o la esposa, los hermanos o la presencia de hijos (Tabla 40). En cada una de ellas se deben buscar metas diferentes que potencian la posibilidad de éxito de la intervención. Estas intervenciones tienen un fuerte sustrato en la terapia familiar clásica, sobre todo en la corriente estructural (Fadden, 1998).

**Tabla 40:** Intervenciones estructurales según el tipo de familia cuidadora

- 
1. **Familias en las que el paciente vive con ambos padres**
    - a. Alentar la cooperación entre ambos padres de modo de potenciar los esfuerzos de cada uno impidiendo que se exploten potenciales divisiones en la pareja parental
    - b. Mantener un equilibrio de poderes en la pareja de modo que compartan responsabilidades
    - c. Fortalecer los límites entre padres e hijos para facilitar la independencia
    - d. Concretar momentos de descanso para los padres en los que compartan y disfruten de mutua compañía
  2. **Cuidadores monoparentales**
    - a. Potenciar el desarrollo del cuidador con otras personas que le proporcionen apoyo emocional
    - b. Crear un foco de interés alternativo en el paciente.
  3. **Pareja como cuidador**
    - a. Mantener el equilibrio de poder
    - b. Potenciar el disfrute en la pareja
    - c. Ajustar los roles de la familia para que el paciente encuentre un ámbito de competencia y contribución a la familia
    - d. Garantizar tiempo libre y de descanso al cuidador
  4. **Hermanos como cuidadores**
    - a. Reducir la responsabilidad del cuidador y llevarlo a atender sus propias necesidades
    - b. Restaurar la confianza del paciente para cuidar de sí mismo
  5. **Hijos como cuidadores**
    - a. Trabajar el duelo y el resentimiento por el padre perdido
    - b. Permitir el abandono de responsabilidades de cuidado aliviando la culpa que pueda causar
    - c. Compartir responsabilidades entre el subsistema filial
    - d. Determinar la necesidad de la cooperación de servicios sociales
-

## Técnicas de Comunicación

Se establecieron una serie de reglas básicas para mejorar la comunicación dentro del grupo, que sirvan como modelado para transferirlas a situaciones cotidianas (Tabla 41).

**Tabla 41:** Reglas de comunicación

- 
1. Sólo puede hablar una persona a la vez
  2. Hablar a la persona no de ella; se debe evitar que se hable en tercera persona si de quien se habla está presente
  3. Compartir equitativamente el turno de la palabra
  4. Saber escuchar
- 

Estas reglas debían ser respetadas en cada una de las sesiones e insistir en que se intente su implementación en el resto de las actividades de la familia. En el caso de la psicoeducación, algunas de estas reglas están condicionadas por las características de la psicología por lo que la intervención se ve facilitada. De este modo, ya no se hace necesario repetir constantemente “...perdón, pero sólo puedo escuchar lo que dice una persona a la vez...”.

### Fases y estructura general de la intervención psicoeducativa

#### FASE 1: Convocatoria, reclutamiento, evaluación y alianza con los participantes.

##### Difusión

Una de las primeras acciones de esta fase es el mantener informado a los usuarios del servicio (Sherman, 2003). Para ello se diseñó un **folleto informativo**. Este fue entregado a cada nuevo usuario o posible candidato a la intervención, así como se dejó a disposición de los profesionales y en las salas de espera de los dispositivos.

La difusión también incluyó dos **charlas informativas** anuales a todos los profesionales y funcionarios del Servicio de Psiquiatría de modo de mantenerlos al tanto y motivados con las características y beneficios de la intervención de modo que reforzaron a las familias a participar y se encontraron atentos a posibles derivaciones.



Como elemento de difusión, se solicitó especial atención en informar respecto a este tipo de intervención y sus beneficios a todo paciente y familia que experimentaba una crisis como una recaída u hospitalización, ya que será inmediatamente posterior a la crisis el momento en que la familia está más dispuesta a unirse a una intervención familiar (Anderson et al., 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002).

### **Convocatoria**

Durante las reuniones del Área de Psiquiatría se entregaron los datos de contactos de las familias que son recogidos por los profesionales del Servicio. Posteriormente, se realizó el proceso de reclutamiento que comenzaba con una llamada telefónica.

### **Características de los Participantes**

Se tuvo en cuenta los criterios de indicación y exclusión descritos en la Tabla 21<sup>44</sup>, promoviendo la intervención con familias que presentaban alta emoción expresada, aquellas con un diagnóstico reciente, quienes mantenían un contacto cara a cara mayor a 30 horas semanales, quienes recaen habitualmente o quienes sean cuidadores únicos (Fadden, 1998; Kuipers et al., 2004).

### **Estrategias desarrolladas para lograr que la familia se una a la intervención**

La participación familiar es uno de los grandes desafíos y, al mismo tiempo, uno de los grandes problemas en la psicoeducación, por lo que se plantearon una serie de estrategias que apuntaban a facilitar la participación (Kuipers et al., 2004), que a continuación se resumen (Tablas 42 y 43).

---

<sup>44</sup> Pp. 183-192, Población y Muestra.

**Tabla 42:** Estrategias para favorecer que una familia se incorpore a la intervención

- 
- Mantener información disponible en todo momento y especialmente al momento previo del comienzo de un grupo
  - Acercarse en el momento posterior de una crisis, por ejemplo cuando el paciente está hospitalizado
  - Dejar claro que la familia no está enferma y no es el objetivo del tratamiento
  - Hacer hincapié en los beneficios demostrados de la intervención
  - Dejar claro que los terapeutas están para tratar algunos problemas familiares que pueden deberse a la enfermedad
  - Aceptar las negativas, los retrasos y las resistencias como parte del proceso sin dejar de clarificarlos ni de insistir
  - Clarificar que los familiares son valiosos para los profesionales como aliados en la tarea de ayudar a los pacientes
- 

Igualmente, a lo largo de la intervención también se buscó lograr que las familias se mantengan comprometidas y que participaran durante toda la intervención (Tablas 42 y 43). Para ello, se siguieron una serie de recomendaciones pero, por sobre todo, se buscó el establecimiento de un contacto empático, humano, transparente y en confianza (Anderson et al., 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002),

**Tabla 43:** Estrategias empleadas para mantener a la familia a lo largo de la intervención

- 
- Establecer un contacto humano empático, franco y cálido
  - Conocer las experiencias anteriores de las familias en cuanto a la ayuda terapéutica recibida
  - Lograr un equilibrio entre brindar esperanza y moderar expectativas, reconociendo los logros lentos y a largo plazo
  - Relacionar siempre los pequeños objetivos conductuales con la meta a largo plazo
  - Valorar y reconocer todos los pequeños logros y alentar en los fracasos
  - Frente a los fracasos otorgar la responsabilidad a la dupla terapéutica
  - Continuamente difundir los beneficios empíricos de la intervención
  - Aludir constantemente a la Guía de Manejo Familiar\*
  - Solicitar constantemente la opinión de los participantes respecto a la marcha de la intervención
  - Estar atento al pesimismo y desaliento para afrontarlos a tiempo
- 

\*Ver Tabla 45 en pp. 234.

La inasistencia (en ciberterapia la no-conexión), no se dejó pasar a pesar de ser un evento normal. Siempre se acogió la inasistencia brindando alternativas y utilizando el modelo de resolución de problemas. Por ello, se consultaba privadamente la razón de la inasistencia, mostrando comprensión por la justificación y valorando la asistencia. Siempre se recordó directamente la fecha y hora de la siguiente sesión a las personas que habían faltado (Kuipers et al., 2004); y se indicó realizar un contacto telefónico.

Los problemas en la participación suelen relacionarse con factores asociados a los participantes, dejando de lado el efecto de los terapeutas (Fadden, 1998). Sin embargo, se

consideró si existía algún factor de los terapeutas que pudiese estar entorpeciendo o dificultando la participación de las familias. Asimismo, si bien la bibliografía no establece dificultades importantes con respecto a la TICs, no se dejó de considerar que el mismo entorno web pueda provocar dificultades en la participación.

Si finalmente nada había sido efectivo y una familia decidía retirarse de la intervención se intentaba acordar una sesión final, ya fuese en el contexto grupal e incluso unifamiliar dejando siempre las puertas abiertas y legitimando su retirada (Kuipers et al., 2004). Por ejemplo, manteniendo el acceso a la información online pero impidiendo el acceso a las sesiones mediante videoconferencia.

### **Proceso de Alianza**

Este proceso consideró el uso de la entrevista motivacional en las que se indagaron algunos aspectos de la familia permitiendo que, al mismo tiempo, los miembros la familia pudieran conocer a los terapeutas y el modelo de intervención. Comenzó desde el momento en que algún profesional del Servicio de Psiquiatría informó a una familia de su inclusión entre los posibles candidatos a psicoeducación.

En el caso de la e-psicoeducación Joinson (2004), recomienda al menos una sesión cara a cara para en seguida acordar las sesiones online, para promover que la interacción se contextualice y estructure desde una relación tradicional, facilitar la alianza, así como que se pueda asegurar la pertinencia de la intervención para el caso. En este caso, la primera sesión de implementación cumplió con este objetivo.

Se planteó un estilo de entrevista que exigía un rol activo del terapeuta ejerciendo el control y guiando las conversaciones, brindando una estructura que redujese las ansiedades (McFarlane, 2002). También fue muy importante estar seguro de la información que se manejaba y, si no era así, reconocer la ignorancia y asegurar que se les haría llegar la información requerida. Por último, nunca se dejó de lado los principios de la psicoeducación, sobre todo evitar cualquier crítica o “*culpabilización*” para con la familia (Anderson et al., 1988; McFarlane, 2002).

Se tuvo en cuenta el contacto con el paciente para informarle el sentido de la intervención y para que el terapeuta conozca sus características generales. Esta decisión de contacto fue tomada en conjunto con el cuidador principal.

## **FASE 2: Taller Informativo**

El Taller Informativo se dirigió a los cuatro objetivos señalados en la Tabla 44 (Anderson et al., 1988; Falloon, 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002). Este se desarrolló durante las primeras sesiones de la psicoeducación.

**Tabla 44:** Objetivos del Taller Informativo

- 
1. Informar a los participantes sobre la enfermedad, alcanzando una base de conocimientos comunes
  2. Lograr una re-estructuración cognitiva en donde la esquizofrenia sea considerada una enfermedad y se disminuya la culpa
  3. Motivar a los familiares a participar en la intervención entregándoles conocimientos útiles, prácticos y concretos
  4. Presentar y difundir la Guía de Manejo Familiar\*
- 

\*Ver Tabla 45 en pp. 234.

La justificación de incorporar un taller informativo, por un lado, tiene un sustento ético, en cuanto al valor que se le otorga a informar a pacientes y usuarios sobre lo que les ocurre (Pekkala y Merinder, 2006). Asimismo, posee una justificación empírica referida a que: las familias que identifican a la esquizofrenia como una enfermedad mantienen una baja emoción expresada (Leff y Vaughn, 1985); por lo que se intentó lograr una estructuración cognitiva que atribuya los síntomas esquizofrénicos a una enfermedad y no a otra cosa (Anderson et al., 1988). De este modo, la información disminuye el sentimiento de culpa de haber causado la enfermedad y permite aumentar las herramientas de afrontamiento (McFarlane, 2002).

Los objetivos, como se señalan en la Tabla 44, apuntan a mantener una base de conocimientos compartidos entre los familiares, que les fuesen útiles para desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento y que, al mismo tiempo; aliviase la ansiedad frente a lo desconocido e inmanejable, comprendiendo que la familia no causaba la enfermedad y que los profesionales que los atienden no los culpaban (McFarlane, 2002). Esto llevó, incluso, a que una creencia errada, que se había mantenido a pesar de las intervenciones, fuese preferible mientras no culpabilizase.

Relacionado con el último objetivo de esta fase (presentar y difundir la *Guía de Manejo Familiar*), McFarlane (2002), señala un elemento fundamental que debe transformarse en una

regla general durante toda la psicoeducación, y que guíe todas las intervenciones: el contenido de las sesiones y la actitud, tanto de los participantes como de los clínicos. Esta es la denominada “*Guía de Manejo Familiar*” (Tabla 45).

Es fundamental mantener actualizados los contenidos a tratar durante el Taller Informativo así como de las sesiones posteriores. Es por ello que se mantuvo una bibliografía de profundización tanto en español como en inglés para ser consultada por los terapeutas.

Como se ha señalado, la psicoeducación es una intervención “*viva*”, que debe ser adaptada a los participantes particulares utilizando la información recogida durante el proceso de alianza (Anderson et al., 1988; McFarlane, 2002). Debido a esto, Weisman (2002), sugiere lograr un equilibrio entre la “*competencia*”, entendida como hacer lo que se debe hacer de acuerdo a las necesidades, y la “*adherencia*” o seguimiento estricto a un manual clínico.

Se debe reconocer que los participantes habitualmente olvidarán los contenidos, pero lo fundamental es que no olvidaran la interacción; lo importante, más que los contenidos y la memorización era el contexto de dicha interacción (McFarlane, 2002), ya que se ha reportado que la mera entrega de información no tiene mayor efecto en el bienestar familiar (Abramowitz y Coursey, 1989; McFarlane, 2002; Posner, Wilson, Kral, Lander, y McIlwraith, 1992; Smith y Birchwood, 1987). Incluso, Kuipers et al. (2004), reconocen que las familias rara vez cambian sus opiniones respecto a la causalidad de la enfermedad, por lo que se hace más importante la importancia otorgada por McFarlane (2002), al proceso más que al contenido.

A pesar de lo anterior, una importante ventaja de la e-psicoeducación respecto al manejo de la información es que los contenidos se encontrarán disponibles en cualquier momento en la red de modo que pueden volver a consultarse, imprimirse o recomendarse.

La educación es necesaria pero no suficiente y los familiares volverán a repetir las mismas preguntas durante años (Kuipers et al., 2004), lo que exigirá la paciencia de los terapeutas. Incluso, suele ocurrir que un tema que se suponía sabido, durante una nueva crisis suele olvidarse. Esto también se ve favorecido por la presencia constante de la información online, de modo que si los terapeutas detectaban un olvido o una confusión importante se recomendaba la re-visita a los contenidos.

Se consideró que la entrega de información debía ser un proceso continuo que se iba complejizando a medida que avanzaba la psicoeducación. En este escenario se habla de mantener una base de conocimientos comunes a partir del “*Taller Informativo*”; base que se

fue realizando a medida que avanzaba la intervención. Así, en las fases de resolución de problemas, los clínicos entregaban nuevos conocimientos e incluso en la fase de seguimiento, en donde, por ejemplo, los contenidos abarcan temas relacionados con cómo apoyar la reinserción socio-laboral (Anderson et al., 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002).

A partir de todo lo anterior, los terapeutas consideraron como finalizado el taller cuando las familias alcanzaron los aspectos señalados en el Tabla 46 (McFarlane, 2002).

### **Sobre la duración e intensidad de las sesiones del taller informativo**

Los manuales psicoeducativos establecen talleres con una duración de 7 horas por 2 a 3 días completos, incluyendo un almuerzo (Anderson et al., 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002). En el Servicio de Psiquiatría de Zamora se desarrolla el *Taller Informativo* a lo largo de seis sesiones.

La e-psicoeducación implicó de tres a cuatro sesiones mediante videoconferencia de no más de 1 hora de duración, más la realización de actividades y lecturas online lo que implicaban más de 15 horas de trabajo terapéutico ya sea directo o indirecto. Las videoconferencias se centraron en la resolución de problemas y en la aclaración de dudas, ya que el resto del material informativo se desarrolló autónomamente y mediante comunicación asincrónica.

**Tabla 45:** Guía de Manejo familiar

- 
1. **IR LENTO:** Recuperarse toma tiempo, descansar es importante, las cosas se pondrán mejor a su justo momento
  2. **MANTÉN LA CALMA:** El entusiasmo es normal, modéralo. El desacuerdo y el desánimo son normales, modéralos también
  3. **DA A CADA UNO SU ESPACIO:** El “*tiempo fuera*” es importante para todos. Es correcto extender la mano y es correcto decir “no”
  4. **PON LÍMITES:** Todos necesitamos conocer cuáles son las reglas. Unas pocas y buenas reglas mantienen las cosas claras
  5. **IGNORA LO QUE NO PUEDAS CAMBIAR:** deja que algunas cosas resbalen. No ignores la violencia
  6. **MANTEN LA SIMPLEZA:** Di lo que tengas que decir de manera clara, calmada y positiva
  7. **SIGUE LAS SUGERENCIAS DEL MÉDICO:** Toma las medicaciones como te las prescriben. Toma sólo las medicaciones que te prescriben
  8. **LLEVA LAS COSAS CON NORMALIDAD:** Restablece las rutinas familiares tan rápido como sea posible. Mantén el contacto con familia y amigos
  9. **NO USES DROGAS O ALCOHOL:** Hacen que los síntomas vayan peor. Pueden hacerte recaer y dificultan la recuperación
  10. **MANTENTE ATENTO A LAS SEÑALES TEMPRANAS:** Nota los cambios. Consulta al doctor
  11. **RESUELVE LOS PROBLEMAS PASO A PASO:** Haz cambios gradualmente. Trabaja una cosa a la vez
  12. **MANTÉN MODERADAS LAS EXPECTATIVAS TEMPORALMENTE:** Usa un criterio personal. Compara este mes con el anterior más que con los años pasados
-

**Tabla 46:** Consideraciones para evaluar los logros del taller informativo

---

**Hemos cumplido los objetivos si las familias han comprendido:**

- La seriedad de la enfermedad
  - El rol del estrés como precipitante de los episodios
  - Signos que pueden anunciar una recaída
  - Síntomas, especialmente los negativos
  - Funcionamiento cerebral básico y su disfunción en la esquizofrenia
  - La manera en que los fármacos afectan el cerebro, cómo ayudan y los efectos secundarios que pueden desarrollar
  - Las diversas formas en que las familias son afectadas por la grave enfermedad que sufre uno de sus miembros
  - Las maneras más efectivas de afrontar la enfermedad y técnicas básicas de manejo
  - Las causas y el pronóstico general de la enfermedad
  - El proceso de psicoeducación
- 

Lo importante fue ajustar las sesiones informativas a las necesidades de los familiares, teniendo siempre claro que el objetivo no era formar a un experto, sino a un familiar informado y participativo; capaz de identificar señales de recaída y que tenga muy claro que la esquizofrenia es una enfermedad.

### **Sobre la estructura del taller informativo**

En la estructuración de las sesiones hubo un énfasis en espacios para la socialización (Tabla 47). Ello se justifica en base al razonamiento, principalmente, de McFarlane (2002) y Kuipers et al. (2004), en cuanto a la necesidad de promover espacios para el contacto y apoyo social, así como la necesidad de superar el aislamiento de las familias. Por ello cada sesión del taller informativo comenzó con un espacio de **socialización** en donde se trataban temas superfluos mientras se esperaba que el grupo se conformara. Estos espacios fundaron la posibilidad que en el futuro el grupo se centre en la autoayuda y el apoyo socioemocional.

**Tabla 47:** Estructura del Taller Informativo

- 
1. Socialización
  2. Detección de necesidades de información respecto al tema
  3. Presentación del tema
  4. Planteamiento de preguntas
  5. Respuesta a preguntas
  6. Anuncio de la siguiente sesión con breve comentario para detectar necesidades de información e incentivando el uso de los recursos online
  7. Socialización final
-

Este espacio de **socialización** se mezcló con la **recepción**, en donde se realizaba un saludo y un breve resumen de lo que se revisó en la última sesión para pasar a preguntar si existía alguna duda pendiente, y comentario sobre las actividades online que han realizado las familias, así como los trabajos conductuales y tareas para el hogar.

Antes de presentar cualquier tema, los terapeutas hacían una consulta a los participantes de modo que éstos señalara las **necesidades de información**, las que se intentaban satisfacer a lo largo de la exposición (McFarlane, 2002), recordando siempre que se debía establecer un clima de confianza, comodidad y de baja intensidad. Esta intensidad fue “*increscendo*” a medida que avanzaba la intervención (Anderson et al., 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002). Estas **necesidades de información** también podían ser detectadas desde el trabajo online realizado por las familias, así como desde el proceso de alianza.

Al **tratar el tema de la sesión**, se siguió un estilo claro, sencillo y con sentido práctico-concreto; incentivando la participación de los familiares planteándoles preguntas sobre su propia experiencia con la enfermedad o sus teorías respecto a sus causas. Al respecto, se tuvo especial cuidado en criticar o desvalorizaron las explicaciones o causalidades de los participantes, señalando por ejemplo:

*“...cada uno tiene sus propias teorías con sus aciertos y errores, nosotros presentaremos las teorías que han estudiado los científicos... las que suelen utilizar los psicólogos o los psiquiatras, los profesionales de la salud mental...”*

Fue importante prestar atención a estas sutilezas ya que difícilmente un familiar realizará un cambio de atribución con la sola sugestión de un terapeuta. Ello lleva tiempo y para eso se disponen de años. Incluso, como sostienen Kuipers et al. (2004), es preferible mantener una explicación causal errónea que una que culpabilice. Asimismo, se utilizaron las recomendaciones respecto a la adaptación de la técnica psicoterapéutica al espacio online.

Posterior a la entrega de información se continuaba con las posibles **preguntas** que se deseaban plantear.

A continuación, se respondían preguntas y se **anunciaba el tema para la siguiente sesión** dando oportunidad a que los participantes propusieran alguna inquietud particular que deseaban fuese satisfecha. Al mismo tiempo, en la ciberterapia se incentivaba a enviar mails o publicar dudas en el foro de preguntas, como modo de incentivar el uso de la plataforma web.



Se concluía con una breve socialización en donde se comentaban posibles eventos regionales, nacionales, familiares y hasta deportivos potenciando un ambiente distendido y amable.

### **Sobre el estilo de los terapeutas y los especialistas invitados al taller**

Los terapeutas entregaron la información de la manera más clara y coloquial, creando una atmósfera de comodidad en donde se incentivan las preguntas y el comunicar la propia experiencia. Concretamente, esta fue la única fase que pudo ser similar a una clase participativa en donde se entregaba y utilizaba material instructivo, pero el marco social era distendido, incluso se pudo considerar tomar un refresco y socializar.

Así, se utilizó habitualmente las analogías y ejemplificaciones concretas, en un lenguaje informal y corriente, sin caer en excesivos científicismos y siempre considerando la heterogeneidad de los participantes.

Se consideró la cooperación de un médico psiquiatra y un trabajador social para los módulos de psicofármacos y recursos sociales (Anderson et al., 1988; McFarlane, 2002). Estos invitados, un par de semanas antes de su asistencia, fueron informados de las características del grupo, sus necesidades y posibles temas que se deben recalcar.

### **Aspectos a abordar durante el taller informativo**

Los contenidos del Taller Informativo abarcaron las áreas temáticas habituales en los manuales psicoeducativos (Anderson et al., 1988; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002), y señalados en el Tabla 48. Cabe destacar que el manual que primero estandariza este tipo de intervención y que consecuentemente el resto de los autores señala como fuente básica es la psicoeducación de Anderson et al. (1988).

Una buena orientación respecto a los elementos sobre los que se debe intervenir los otorga Kuipers et al. (2004), en donde, más que contenidos precisos, señala conocimientos y actitudes generales que se deben potenciar (Tabla 49).

**Tabla 48:** Contenidos a abordar en el Taller Informativo

---

<b>i.</b>	<b>Causas de la enfermedad</b>
a.	Enfatizando el modelo de vulnerabilidad
<b>ii.</b>	<b>Sintomatología y pródromo</b>
a.	Énfasis en informar señales de alarma
<b>iii.</b>	<b>Pronóstico</b>
a.	Guía de Manejo Familiar
<b>iv.</b>	<b>Tratamiento y manejo</b>
a.	Psicofármacos
b.	Intervenciones psicosociales
c.	Dispositivos y aspectos sociales
<b>v.</b>	<b>La experiencia pública y privada de la enfermedad</b>

---

**Tabla 49:** Orientaciones generales respecto a los contenidos del Taller Informativo

---

<b>1.</b>	<b>Las causas</b>
a.	La Familia no es la culpable
b.	La herencia desempeña un papel, pero también hay otras causas que aún no se han definido
<b>2.</b>	<b>Los síntomas negativos</b>
a.	Los síntomas negativos son causados por la enfermedad y no están bajo el control del paciente
b.	No suelen mejorar con los fármacos, aunque normalmente se atenúan en uno o dos años
<b>3.</b>	<b>Los síntomas positivos</b>
a.	Existe una gran variabilidad individual en cuanto a los síntomas positivos.
b.	Las experiencias delirante o alucinatorias son reales para el paciente y por tanto, los familiares no deben tildarlas de “...pamplinas, cuentos o imaginación...”
<b>4.</b>	<b>El pronóstico</b>
a.	Una de cada cuatro personas se recuperará y estará bien durante años
b.	Del resto, la mayoría mejorará y podrá llevar una vida relativamente normal fuera del hospital
c.	Es importante dar esperanza a la familia
<b>5.</b>	<b>Tratamiento y manejo</b>
a.	La enfermedad vuelve a los pacientes sensibles al estrés por lo que debe reducirse éste todo lo posible para beneficiar tanto al paciente como a sus familiares
b.	A largo plazo los fármacos son de utilidad, pero también es importante que el entorno sea tranquilo y predecible

---

Previo a esta etapa se hizo la entrega de un manual específicamente diseñado para los familiares que los acompañaba durante la intervención (McFarlane, 2002; Sherman, 2003), y que les era útil para aclarar algunas dudas y refrescar la memoria posterior a este primer año, así como mantener en un recurso impreso los elementos disponibles en la página web (Anexo 7).

Toda esta etapa en la ciberterapia, así como las posteriores se vio complementada por información y actividades a desarrollar online y mediante comunicación asincrónica.

## SESIONES

A continuación se sintetizan los objetivos de las primeras sesiones informativas.

### SESIÓN #1: Presentación de la Intervención, de la enfermedad y sus causas<sup>45</sup>

#### Objetivos sesión #1

---

- ✓ Facilitar un conocimiento superficial entre los participantes
  - ✓ Entregar una reseña sobre la intervención
  - ✓ Informar sobre la esquizofrenia sus causas y el modelo de vulnerabilidad
- 

#### Objetivos sesión #1

---

- ✓ Facilitar un conocimiento superficial entre los participantes
  - ✓ Entregar una reseña sobre la intervención
  - ✓ Informar sobre la esquizofrenia sus causas y el modelo de vulnerabilidad
- 

### SESIÓN #2: Síntomas, señales de alarma y modo de actuar

#### Objetivos sesión #2

---

- Informar sobre:
- ✓ Síntomas (especialmente negativos)
  - ✓ Señales de alarma y modo de actuar
- 

#### Objetivos sesión #2

---

- Informar sobre:
- ✓ Síntomas (especialmente negativos)
  - ✓ Señales de alarma y modo de actuar
- 

### SESIÓN #3: Pronóstico

#### Objetivos sesión #3

---

- ✓ Presentar la *Guía de Manejo Familiar*
  - ✓ Informar sobre el pronóstico de la enfermedad
- 

---

<sup>45</sup> Durante la primera sesión online se aprovechaba para que el usuario valorase la psicoeducación y se familiarizase al nuevo medio de comunicación

### **Objetivos sesión #3**

---

- ✓ Presentar la *Guía de Manejo Familiar*
  - ✓ Informar sobre el pronóstico de la enfermedad
- 

### **SESION #4: Tratamientos Farmacológicos**

#### **Objetivos sesión #4**

---

- ✓ Informar sobre los tratamientos farmacológicos, sus efectos deseados y no deseados así recalcando la complementariedad con otras intervenciones
- 

#### **Objetivos sesión #4**

---

- ✓ Informar sobre los tratamientos farmacológicos, sus efectos deseados y no deseados así recalcando la complementariedad con otras intervenciones
- 

### **SESIÓN #5: Tratamientos Psicosociales, dispositivos y aspectos sociales**

#### **Objetivos sesión #5**

---

- ✓ Informarse sobre los tratamientos psicosociales y las ayudas y dispositivos sociales
- 

#### **Objetivos sesión #5**

---

- ✓ Informarse sobre los tratamientos psicosociales y las ayudas y dispositivos sociales
- 

### **SESIÓN #6: La experiencia personal y pública de la esquizofrenia**

#### **Objetivos sesión #6**

---

- ✓ Brindar un resumen práctico sobre la enfermedad y su afrontamiento
-

## Objetivos sesión #6

---

- ✓ Brindar un resumen práctico sobre la enfermedad y su afrontamiento
- 

### FASE 3: Elementos básicos para la comunicación y solución de problemas

Una de las principales diferencias en esta fase es que el método de trabajo se vuelve activo incentivando y favoreciendo la participación. Por ejemplo, mediante interpretaciones de rol, simulaciones de situaciones entre miembros de la familia con la participación de los terapeutas (Falloon, Boyd, y McGill, 1984), o tareas conductuales para el hogar; dejando de lado, poco a poco el estilo instructivo de la primera fase.

Era fundamental que los minutos de conversación entre participantes y terapeutas fuesen equilibrados, evitando centrar la participación en las exposiciones y ejemplificaciones del terapeuta. En todo caso, el logro de esto se alcanzó a lo largo de un tiempo ya que la participación de las familias debería ir aumentando.

En esta fase se utilizó constantemente el “*coaching*” y la participación activa de la familia, pero enmarcados por las propuestas de la dupla terapéutica. Así por ejemplo, quienes señalaban qué aspecto de la comunicación iba a ser abordado eran los terapeutas. Posteriormente, durante la cuarta fase se permitió la colaboración más activa de las familias en determinar la temática de la sesión pero siempre orientados por la dupla clínica.

McFarlane (2002), señala que durante los 30’ a 15’ previos a la sesión los terapeutas deben ser capaces de responder a las siguientes preguntas, respuestas que facilitarán y orientarán el trabajo durante la sesión (Tabla 50).

Desde esta fase, todas las sesiones finalizaban con ejercicios para el hogar que eran comentados durante la siguiente sesión. Estos ejercicios debían cumplir con el criterio de “*...mientras más simple mejor...*”, intentando favorecer el sentimiento de logro y utilidad de la intervención.

Fue importante centrarse en un participante de forma individual cuando se indicaba alguna tarea en el hogar así como en su revisión, y que se debía ir cambiando para equiparar la participación. Si se indicaba una tarea para todo el grupo, su indicación y posterior revisión implicaba excesivo tiempo.

**Tabla 50:** Preguntas que los terapeutas debían saber responder previo al inicio de cada sesión

- 
1. ¿En qué fase de recuperación se encuentra cada paciente?
  2. ¿Qué problema o eventos han ocurrido o probablemente ocurrieron desde la sesión anterior?
  3. ¿Qué problema fue usado durante la anterior resolución de problemas y que debemos esperar que suceda?
  4. Para la presente sesión ¿En qué problema sería mejor que nos focalizáramos?
  5. ¿Algún otro asunto?
- 

### **Estructura de las sesiones**

En esta fase se comenzó a formalizar el modo de trabajo propuesto por Falloon et al. (1984), y también reafirmado por McFarlane (2002), (Tabla 51). Esta estructuración de las sesiones se mantuvo hasta la finalización de la intervención.

En este caso, las dos primeras sesiones se referían a aspectos básicos de la comunicación y en su forma de trabajo utilizando el método de resolución de problemas propuesto por D’Zurilla (1993), y reformulado por Falloon (1984). Este modelo se utilizó solapadamente durante estas dos primeras sesiones para ser presentado durante la tercera sesión de esta fase. Es decir, en un principio se trabajó el modelo implícitamente y posteriormente se hacía explícito.

Un aspecto importante a considerar fue el tiempo disponible por cada participante. Por ejemplo, si se consideraba la participación de seis familias con tres miembros cada uno, más la participación de dos terapeutas (un total de 20 participantes en el grupo), en un lapso de una hora y media, cada uno tendría menos de cuatro y medio minutos de participación activa. De este modo, los terapeutas debían estar muy atentos para desarrollar una participación homogénea, sobre todo de ellos mismos, intentando equilibrar la participación a lo largo de las sesiones. No era necesario que en una sesión todos participasen, sino que esto ocurriera a lo largo de las fases.

**Tabla 51:** Distribución de las tareas desde la fase 3

	Actividad	Tiempo
1.	Socialización Inicial	5'
2.	¿Cómo estamos? Revisión de tareas en el Hogar y en la web	20'
3.	Seleccionando un problema	10'
4.	Resolviendo el problema e indicando tareas en el hogar	45'
5.	Socialización y motivación final	5'
	<b>Tiempo estimado</b>	<b>85'</b>

## SESIONES

### SESIÓN #7: Aspectos básicos de la comunicación: elementos no verbales

#### Objetivos sesión #7

- 
- ✓ Señalar la importancia de la comunicación adecuada y trabajar los aspectos no verbales
- 

#### Objetivos sesión #7

- 
- ✓ Señalar la importancia de la comunicación adecuada y trabajar los aspectos no verbales
- 

### SESIÓN #8: Aspectos básicos de la comunicación: Contenido.

#### Objetivos sesión #8

- 
- ✓ Señalar la importancia de la comunicación adecuada y trabajar los aspectos verbales
- 

#### Objetivos sesión #8

- 
- ✓ Señalar la importancia de la comunicación adecuada y trabajar los aspectos verbales
-

## **SESIÓN #9: Presentación práctica del modelo de resolución de problemas.**

### **Objetivos sesión #9**

---

- ✓ Conocer y utilizar el Modelo de Resolución de Problemas
- 

## **SESIÓN #10: Resolviendo un problema**

### **Objetivos sesión #10**

---

- ✓ Utilizar el Modelo de Resolución de Problemas
- 

### **Objetivos sesión #10**

---

- ✓ Utilizar el Modelo de Resolución de Problemas
- 

## **FASE 4: Aplicación del modelo de resolución de problemas a la vida diaria y redes sociales**

### **SESIÓN #11 a 17: Resolución de Problemas**

#### **Objetivos de las sesiones de la Fase 4**

---

- ✓ Utilizar el Modelo de Resolución de Problemas en situaciones propias de los asistentes
- 

#### **Objetivos de las sesiones de la Fase 4**

---

- ✓ Utilizar el Modelo de Resolución de Problemas en situaciones propias de los asistentes
- 

## **FASE 5: Preparación para el seguimiento**

### **SESIÓN #17 a 19: Preparación del Seguimiento**

#### **Objetivos de las sesiones de preparación para el seguimiento o Fase #5**

---

- ✓ Resolver todo elemento que sea necesario para aumentar la latencia entre sesiones y promover la independencia.
-



### **Objetivos de las sesiones de preparación para el seguimiento o Fase #5**

---

- ✓ Resolver todo elemento que sea necesario para aumentar la latencia entre sesiones y promover la independencia.
- 

## **FASE 6: Seguimiento, preparación para la autonomía**

### **SESIÓN #20 a 23: Seguimiento**

#### **Objetivos de las sesiones de seguimiento o Fase #6**

---

- ✓ Fomentar el apoyo social entre los participantes
  - ✓ Reforzar el uso del Modelo de Resolución de Problemas en la vida diaria
  - ✓ Actuar frente a crisis.
- 

#### **Objetivos de las sesiones de seguimiento o Fase #6**

---

- ✓ Fomentar el apoyo social entre los participantes
  - ✓ Reforzar el uso del Modelo de Resolución de Problemas en la vida diaria
  - ✓ Actuar frente a crisis.
- 

A modo de conclusión es posible revisar la Tabla 52 de síntesis de las fases de psicoeducación.

### ***Método y procedimiento de desarrollo de la plataforma psicoED***

La plataforma *psicoED* tuvo un desarrollo para su utilización en este estudio durante dos años. A continuación se resumen los hitos del desarrollo de *psicoED*, desde su diseño teórico y los pilotajes que afinaron su estructura y funcionamiento. Se debe señalar que el desarrollo de una plataforma web es un proceso continuo, por lo que la plataforma *psicoED* aún se mantiene en proceso de formulación y adopción a los avances tecnológicos.

El desarrollo tecnológico de la plataforma se sintetiza en una memoria técnica que puede ser revisada en el Anexo 24: "Memoria Técnica de *psicoED*". En esta memoria puede encontrarse desde la motivación que justifica el desarrollo de la plataforma, la descripción de la arquitectura y recursos de *psicoED*, los requisitos de la aplicación y el funcionamiento general de la misma; así como un glosario de términos. Asimismo, en el Anexo 25 (Manual de Instalación de *psicoED*), es posible revisar el procedimiento para la instalación de la plataforma en un servidor y así comenzar su utilización.

**Tabla 52:** Síntesis de las fases de la psicoeducación

Fase	Tipo de tratamiento	
	Online	Tradicional
Fase 1: Reclutamiento	Difusión, convocatoria, llamados telefónicos y envío de material de evaluación	
Fase 2: Taller informativo	Tres a cuatro sesiones junto a la revisión de material y atención asincrónica	Seis sesiones
Fase 3: Comunicación	Cuatro sesiones junto a la revisión de material y atención asincrónica	Cinco sesiones
Fase 4: Resolución de problemas	Cuatro sesiones	Seis a siete sesiones
Fase 5: Preparación para el seguimiento	Una sesión	Una a dos sesiones
Fase 6: Seguimiento	Dos a tres sesiones junto a la revisión de material y atención asincrónica	Cuatro sesiones
Cantidad de sesiones	15 sesiones	23 sesiones

### Diseño teórico

El programa *psicoED* comenzó su desarrollo desde la inquietud del Servicio de Psiquiatría de Zamora por facilitar el acceso de sus usuarios. Esta necesidad fue detectada tanto en la experiencia cotidiana de los profesionales como en un estudio concluido el año 2009 (Benito-Sánchez). La dispersión territorial y las dificultades en el transporte terrestre que afectan al Área de Psiquiatría de Zamora llevaron a desarrollar un modelo de atención mediante equipos itinerantes que acuden a las zonas rurales. Sin embargo, estos equipos no logran abordar toda la gama de necesidades que requiere la población por lo que se comienza a reflexionar una nueva alternativa para poder satisfacer los requerimientos de la población, una de ellas fue la atención a distancia sustentada en internet.

El primer paso fue realizar una revisión bibliográfica y reflexionar respecto a las características de la plataforma. Dicha revisión llevó a detectar que en algunos países con gran dispersión poblacional, el tema de la atención a distancia mediante internet es un tema bastante desarrollado, pero que se carecía de publicaciones en español (Soto-Pérez, 2008).

Esta revisión de más de 150 artículos relacionados con el tema llevó a desarrollar toda una experiencia en la intervención en salud mental mediante internet.

Asimismo, se comenzó un trabajo de diseño y aproximación a una plataforma psicoeducativa online. Esta fue desarrollada por un equipo multidisciplinario (psicólogos, psiquiatras, diseñadores web, ingenieros en informática), bajo un acuerdo entre la Fundación INTRAS y el Grupo de Ingeniería Biomédica de la Universidad de Valladolid; y con el patrocinio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Sanidad de Castilla y León (Sacyl); así como la Junta de Castilla y León. Mientras se desarrollaba el trabajo de diseño de la plataforma online, se realizaba una observación participante y reflexión respecto a la metodología de trabajo de la psicoeducación tradicional la que se llevaba a cabo hace cinco años en el SPZ (Soto-Pérez, 2008).

De este modo, en Enero del año 2008 se presentó el primer prototipo de la plataforma *psicoED* lo que inicia la transferencia del modelo teórico de ciberterapia psicoeducativa a un modelo de intervención psicoeducativa mediante ciberterapias. Este modelo teórico incluía los recursos principales para traspasar un modelo psicoeducativo tradicional a un marco online: la posibilidad de realizar terapias grupal y unifamiliares (multi-videoconferencia); información (biblioteca, preguntas al experto), apoyo mutuo (foro de familias). Posteriormente, en Junio del mismo año, la plataforma comienza a ser evaluada por usuarios de salud mental, comenzando diferentes fases de pilotaje (Tabla 53).

**Tabla 53:** Fases del diseño teórico de la plataforma psicoED

- 
1. Se inaugura la línea de investigación sobre ruralidad
  2. Revisiones bibliográficas y encuentros para discutir alternativas de afrontamiento a las dificultades de acceso
  3. Conformación del equipo multidisciplinario de desarrollo de una plataforma para ciberterapia
  4. Observación participante del programa de psicoeducación tradicional desarrollado en el Servicio de Psiquiatría de Zamora
  5. Presentación del modelo y la plataforma general de psicoeducación online, psicoED
  6. Pilotajes teóricos (No abierto a usuarios potencialmente reales)
    - a. Pilotajes por parte de terapeutas
    - b. Pilotajes por parte de cuidadores simulados
    - c. Pilotajes del perfil administrador
-

### **Pilotajes y diseño de materiales de *psicoED***

Los primeros pilotajes se realizaron con la participación de miembros del grupo de desarrollo y tenía por objetivo probar el sistema de videoconferencias durante unas semanas. Así fue como se realizaron multi-videoconferencias entre Zamora y Valladolid. Los resultados de este pilotaje permitieron ir estimando los requerimientos y características que debía tener la conexión a internet para poder realizar una videoconferencia exitosa. Este pilotaje concluyó con alrededor de 68 modificaciones al proyecto *psicoED* en etapa alfa y las primeras orientaciones respecto a las características de las conexiones a internet necesarias para aprovechar la plataforma.

El segundo período de pilotaje consistió en el uso de la plataforma por profesionales de la Fundación INTRAS y el SPZ desde sus diferentes dispositivos durante una semana. Se hicieron pruebas de la plataforma desde el Hospital Provincial de Zamora; desde el Centro de de Rehabilitación Psicosocial; y desde la Fundación INTRAS en Valladolid. Estas pruebas permitieron obtener datos respecto a los requerimientos necesarios para implementar la plataforma en estos dispositivos, así como de una aproximación al manejo de una multi-videoconferencia. Este período de pilotaje arrojó 97 modificaciones que se realizaron a la plataforma en su versión alfa.

El tercer período de pilotaje consideró ya el entrenamiento en su manejo de un ciber-terapeuta, la prueba de su funcionamiento en contexto internacional, así como el análisis superficial de algunos elementos de usabilidad durante dos semanas. Este proceso implicó el desarrollo de videoconferencias inter-provinciales (Zamora, Valladolid y Madrid), así como la prueba con usuarios internacionales (Estados Unidos, Costa Rica y Chile). Estas pruebas lograron refinar el sistema de multi-videoconferencia y mejorar algunos elementos e iconografía buscando mejorar la usabilidad. Los resultados de estas pruebas dieron lugar a otras 69 modificaciones que se hacían necesarias para hacer la plataforma operativa clínicamente.

El cuarto período de pruebas consistió en someter a la plataforma en una situación simulada de ciberterapia. Para ellos se contactaron voluntarios que tuviesen conexión a internet en sus casas; haciéndoles entrega de los accesorios necesarios para utilizar todos los elementos de *psicoED* (auriculares, micrófono y cámara web). Así, durante dos semanas estos voluntarios simulaban ser cuidadores, participando y haciendo uso de todos los recursos de la plataforma. Al mismo tiempo el ciber-terapeuta se iba entrenando en el uso de la plataforma y

comenzó la selección y anidamiento de material para los cuidadores. Esta fase de pilotaje dio lugar a 56 nuevas modificaciones en su versión beta.

Finalmente, el quinto período de pilotaje incluyó un análisis exhaustivo de la plataforma por informantes con experiencia en Salud Mental quienes analizaron la plataforma desde el punto de vista de todos los perfiles de usuarios (cuidadores, terapeutas y administradores). Asimismo, se implementó el centro de atención a distancia en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zamora, de modo que se comenzaron a realizar atenciones simuladas mediante internet en el contexto real. Este pilotaje final dio como resultado las últimas 58 modificaciones así como algunas pautas que debe seguir un ciber-terapeuta.

Así, después de las cinco fases de pilotajes sucesivos se iban aproximando cada vez a la situación concreta y real para el uso de la plataforma con cuidadores. Toda esta fase de diseño concluyó a finales del año 2008.

Otro elemento que se desarrolló desde la disponibilidad de la plataforma en la web fue el diseño y selección de materiales. Para ello, primero se diseñó una metodología para traspasar el material escrito a un formato digital. Para ellos se eligió el programa de código abierto *Impress® OpenOffice®*, ya que permitía entregar texto con iconografía que facilitase la comprensión. Así, se realizó la elección de los temas fundamentales a entregar y se comenzó con el trabajo de diseño. Del mismo modo, se ideó la forma en que las presentaciones fueran “usables”<sup>46</sup> por los participantes por lo que eran guardadas en modo presentación (en *powerpoint® .pps*); y con animaciones e intervalos de diapositivas automatizados. De este modo, quien deseara ver un material de este tipo de diseño podría hacerlo simplemente con un “click”. Estas presentaciones fueron presentadas a expertos quienes analizaron tanto su contenido científico como sus elementos didácticos y pedagógicos, buscando la mayor comprensión de sus contenidos.

Al mismo tiempo se realizó una selección de material para anidar. Este material está pre-diseñado por personas e instituciones ajenas al programa *psicoED*, pero cumplen con las características de rigurosidad científica y utilidad que hizo importante su inclusión. El método para incluir material (libros, archivos pdf, películas, otros sitios web). Fue su revisión

---

<sup>46</sup> El concepto de “usabilidad” hace referencia a la facilidad con que las personas pueden utilizar una herramienta particular o cualquier otro objeto fabricado por humanos con el fin de alcanzar un objetivo concreto. En la interacción persona-ordenador, la usabilidad se refiere a la claridad y la elegancia con que se diseña la interacción con un programa de ordenador o un sitio web. En definitiva la usabilidad se relaciona con la percepción de facilidad de uso y, consecuente, con el grado de facilidad de acceso (accesibilidad) que permite un producto u objeto determinado.

exhaustiva previa a su inclusión por parte del equipo de desarrollo de *psicoED* y los jueces que juzgaron la plataforma.

Un resumen de todas las tareas realizadas en la fase de pilotajes y diseño de materiales se resume en la Tabla 54; en total se realizaron más de 1.151 modificaciones a lo largo de la fase de pilotajes de la plataforma.

### **Pruebas en terreno y configuración de ordenadores**

Antes de implementar *psicoED* en los domicilios de los participantes cada uno de los ordenadores que serían utilizados requirieron una serie de configuraciones que se describen en la Tabla 55. Esta configuración tenía como objetivo facilitar su uso por personas sin experiencia informática, así como permitir la utilización de todos los recursos disponibles en *psicoED*.

En cuanto a las pruebas sobre el terreno, durante la primera sesión de ciberterapia se realizó la instalación de los ordenadores en los domicilios y una prueba del funcionamiento de la máquina y de la persona en el acceso y utilización de internet. Esta prueba era el punto final de todo el proceso de implementación ya que constituían las condiciones exactas en la que se iba a desarrollar el tratamiento online.

### **Monitorización de fallos**

A lo largo de todo el proceso de implementación y desarrollo se contó con una monitorización de fallos y de seguimiento tecnológico. Esta incluyó incidencias que pudiesen ocurrir en la red o conexión a internet como en los servidores en donde se alojaba la plataforma.

**Tabla 54:** Fases del diseño de materiales y pilotajes de la plataforma psicoED

Tarea	Resultado
1. Pilotajes por parte del equipo de desarrollo	68 modificaciones Orientaciones en cuanto a los requerimientos de internet
2. Pilotajes por parte de profesionales y en los dispositivos propios del Servicio de Psiquiatría de Zamora	97 modificaciones Evaluación del desempeño de las instalaciones en un marco de ciberterapia Aproximación a los lugares en donde era posible desarrollar ciberterapia
3. Pilotajes y entrenamiento en el manejo de ciberterapias	56 modificaciones
4. Pruebas de funcionamiento a nivel internacional	13 modificaciones Orientaciones respecto al contacto internacional mediante ciberterapia
5. Estudio preliminar de usabilidad	112 modificaciones relacionadas con la usabilidad e iconografía
6. Simulación de ciberterapia	323 modificaciones Orientaciones respecto al desarrollo de una ciberterapia mediante psicoED
7. Prueba de jueces*	58 modificaciones
8. Implementación del centro de ciberterapia	68 modificaciones
9. Aplicación real de psicoED	356 modificaciones

\*Los jueces fueron tres profesionales de la psicología y un psiquiatra.

### ***Método y procedimiento de evaluación clínica***

Desde el punto de vista de la investigación, el presente estudio se enmarca dentro de la investigación cuasi-experimental en donde se ha manipulado la variable tratamiento; aunque muchos de sus análisis y parte de sus métodos forma parte de los llamados estudios observacionales/correlacionales (Pagano, 1999).

El método de investigación cuantitativo transcurre por una serie de fases: fase de aplicación de medidas previas; fase de desarrollo del experimento; fase de aplicación de medidas post; y fases de análisis de datos (tanto de medidas previas como post). El tipo de datos cuantitativos que se utilizaron en este estudio fueron nominales (sexo, estado civil; en general variables sociodemográficas) y continuos (resultados en instrumentos de medición).

A continuación se describen cada una de las fases del método estadístico, explicando los objetivos y procedimientos realizados de cada una de las fases.

**Tabla 55:** Tareas desarrolladas en la configuración de ordenadores

Equipo y escritorio	
-	Denominar equipo
-	Establecer administrador del equipo y usuario
-	Limpiar barra de tareas y menú
-	Determinar Imagen de fondo escritorio de Fundación INTRAS
-	Configurar Protector de pantalla psicoed
-	Limpiar escritorio
-	Comprobar configuración del teclado
-	Poner Mi PC en el escritorio
-	Configurar Pantalla 1024x768
-	Abrir con <i>Click</i> lento o eliminar doble <i>Click</i>
-	Organizar escritorio por tamaño
-	Des-intalar programas
Software instalado	
<b>Antivirus</b>	
-	Configurar análisis y actualizaciones
-	Dejar de ver barra AVG
-	Actualizar
<b>Acrobat Flash</b>	
-	Actualizar
<b>Acrobat Reader</b>	
-	Abrir
-	Actualizar
<b>Firefox</b>	
-	Determinar página de inicio
-	Crear vínculo para Ingresa a psicoED
-	Imagen para ingresa a psicoED escritorio
-	Barra de pestañas activa
-	Determinar programas que abren aplicaciones de psicoED ( <i>Pdf, Word, etc</i> )
-	Actualizar
-	Memorizar claves
<b>Log me In</b>	
-	Aceptar a psicoed y señalar <i>Password</i>
<b>OpenOffice</b>	
-	Registra y actualizar
<b>wmediaPlayer</b>	
-	Registra y actualizar
<b>Webcam</b>	
-	Instalar y actualizar
Pruebas	
-	Probar <i>youtube</i>
-	Probar <i>psicoED</i>
-	Controlar a distancia ordenador en otra red
-	Test Velocidad de conexión



### **Fase de aplicación de medidas previas**

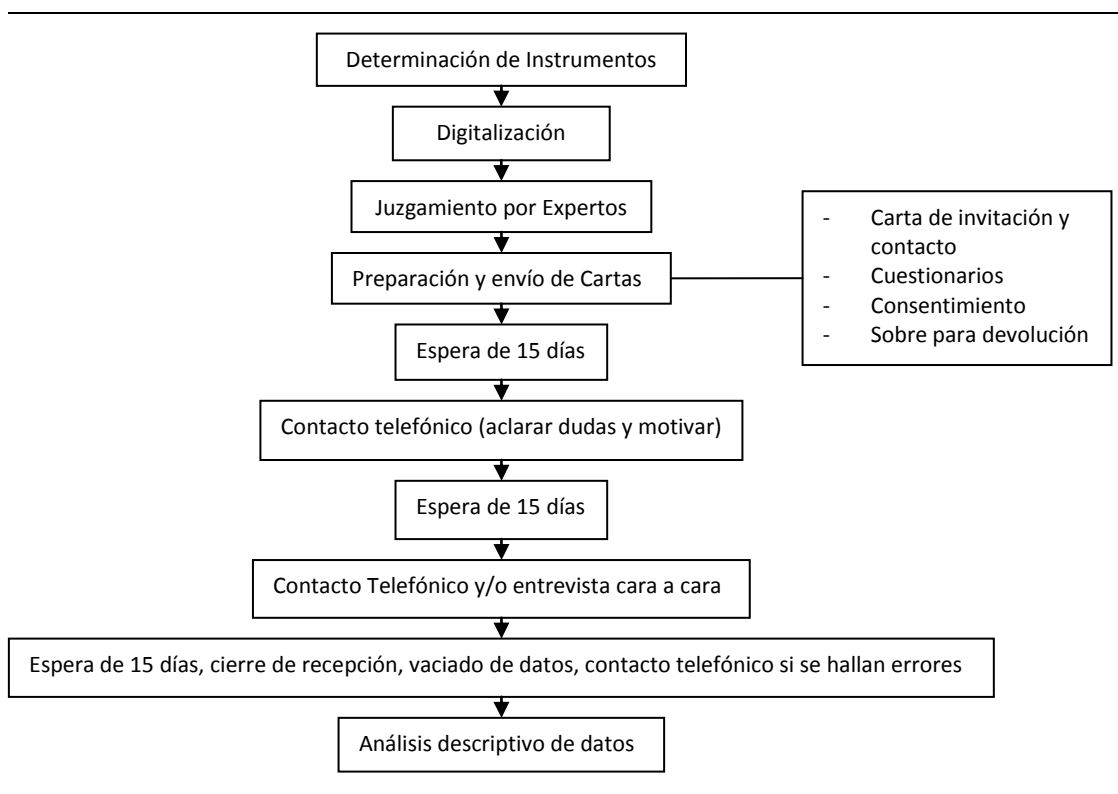
Una vez determinados los instrumentos a utilizar, se procedió a digitalizarlos y prepararlos para su aplicación mediante auto-aplicación. Para realizar este procedimiento cada uno de los instrumentos fueron sometidos al análisis de cinco psicólogos expertos. En seguida, se imprimieron los cuestionarios y se prepararon sobres para cada uno de los participantes (Anexo 8). Estos sobres contenían: carta de invitación a participar firmada por el Jefe del Servicio de Psiquiatría de Zamora (Anexo 9); carta explicativa respecto al estudio junto con datos de contactos por cualquier duda o consulta (Anexo 10); los cuestionarios a responder y su explicación (Anexos 11 a 26); el documento para firmar el consentimiento informado (Anexo 3). También se incluyó un sobre con los sellos correspondientes y la dirección a donde debían ser re-enviados los documentos firmados y respondidos (Anexo 8).

Una vez enviados los cuestionarios y documentos se procedió a esperar 15 días para realizar una llamada telefónica a cada uno de los participantes de modo de saber si habían recibido la correspondencia; aclarar dudas; y motivar la devolución del material. A las cuatro semanas se volvieron a realizar llamadas a aquellos participantes que no habían devuelto el material, motivando incluso la posibilidad de realizar una entrevista cara a cara y rellenar en conjunto el material.

Transcurridos 43 días y cuando se determinó que las posibilidades de reclutar más participantes estaban agotadas; se procedió a transferir los datos en una plantilla de Excel. Durante esta transcripción los datos de los participantes fueron reemplazados por un número de identificación, de modo que el nombre de cada uno permaneció oculto desde este momento y para todos los posteriores análisis. Al mismo tiempo se revisaron cada uno de los cuestionarios y cuando se encontraron errores se procedió a contactar a los participantes con el fin de aclarar la información.

Una vez reunidos y revisados todos los datos, se procedió a su análisis descriptivo, determinación de tipo de distribución y análisis de homogeneidad de varianza. Posterior a este análisis se redactó un breve documento que fue enviado como retroalimentación inicial a los participantes una vez transcurrido tres meses de tratamientos. Todo el procedimiento de la fase de aplicación de medidas previas se resume en la Figura 12.

**Figura 12:** Procedimientos de la fase de aplicación de medidas previas



### Fase de desarrollo del experimento

Durante el desarrollo del experimento se realizaron nuevas mediciones, esta vez respecto a la alianza de trabajo, junto al registro de asistencia, incidencias, y registro en el cuaderno de campo. La alianza de trabajo se valoró durante las primeras tres sesiones de ambos tratamientos (tradicional y online) y tanto por participantes como por terapeutas. También se realizó una nueva medida a los nueve meses de tratamiento. El registro de asistencia, incidencias y cuaderno de campo se rellenó al concluir cada sesión, tanto tradicional como online.

La medición de alianza terapéutica, siguió el siguiente procedimiento. En el grupo tradicional, finalizada la primera sesión, ingresó un psicólogo ajeno al grupo de investigación y solicitó la retirada del grupo de terapeutas; haciendo hincapié en la privacidad y confidencialidad de sus respuestas, así como en la gran importancia de valorar la sesión. Se les aplicó el cuestionario. El grupo experimental online rellenó los cuestionarios que se le enviaron por correo y en seguida los re-enviaban al remitente mediante un sobre con franqueo pagado. Las instrucciones de este cuestionario también hacían hincapié en la privacidad y confidencialidad de la evaluación, así como en la gran importancia de valorar la intervención.

Las mediciones de alianza terapéutica en ambos grupos se realizaron en las sesiones primera, segunda, tercera y a los nueve meses de tratamiento.

Pasados tres meses de tratamientos se procedió a enviar una carta que contenía información para los participantes y retroalimentación respecto a los resultados iniciales (Anexo 5). Esta carta tenía por objeto agradecer y motivar la participación en el estudio, mantener el contacto y retroalimentar, sobre todo al grupo control. Una síntesis de los procedimientos realizados durante la fase de desarrollo del experimento se encuentra en la Tabla 56.

### Fase de aplicación de medidas post

Transcurridos nueve meses de tratamientos se procedió a enviar nueva carta con documentos. Esta carta contenía: carta del Jefe del Servicio de Psiquiatría (Anexo 27); carta informativa sobre psicoeducación (Anexo 28); cuestionarios de medición post (Incluyendo satisfacción con los tratamientos, presencia y opiniones; junto con valoración de la alianza de trabajo). Nuevamente este sobre incluía un sobre con los sellos correspondientes y la dirección a donde debían ser re-enviados los documentos firmados y respondidos (Anexo 8).

**Tabla 56:** Procedimientos realizados durante la fase de desarrollo del experimento

Actividad \ Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mediciones pre	X								
Alianza de trabajo sesión 1	X								
Alianza de trabajo sesión 2	X								
Alianza de trabajo sesión 3	X								
Registro de asistencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro de incidencias	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relleno de cuaderno de campo	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Envío de retroalimentación			X						
Alianza de trabajo 9 meses									X
Mediciones post									X

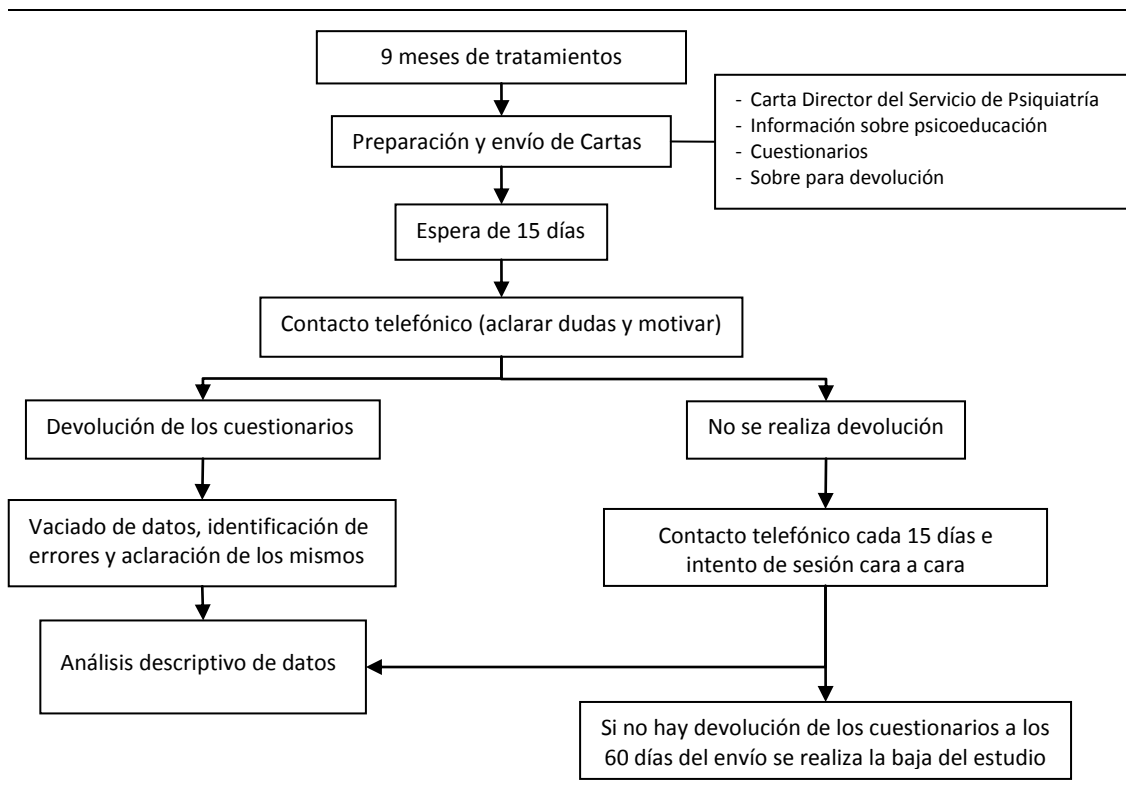
Transcurridos 15 días de enviada la documentación se procedió a llamar a cada uno de los participantes para conocer la recepción de la correspondencia y motivar la devolución del material. Las llamadas se repitieron a los 30 y 45 días. Durante la última llamada y si no se establecía con seguridad la devolución del material se intentaba acordar una visita al domicilio con el objeto de favorecer la obtención de la información.

Una vez pasados 53 días desde el envío de los cuestionarios se realizaron las visitas acordadas y se procedió a introducir los datos en la plantilla de Excel de registro de datos. Nuevamente se revisaron los datos y se realizaron los contactos telefónicos necesarios para aclarar dudas o errores. Una vez analizados los datos se envió nuevamente una carta informando a los participantes sobre los resultados obtenidos en el estudio y animando a continuar manteniendo contacto con el equipo de psicoeducación (Anexo 29). Una síntesis de las actividades realizadas durante la fase de mediciones posteriores se encuentra en la Figura 13.

### Fases de análisis de datos

Una vez recopilados los datos se procedió al análisis de los mismos. Esta fase de análisis se desarrolló en dos ocasiones; la primera, una vez recogidos los datos previos; la segunda una vez concluido el estudio y contando con los datos post.

**Figura 13:** Procedimientos de la fase de aplicación de medidas posteriores



### **Análisis de los datos obtenidos en las medidas previas**

Al contar con las medidas previas, los datos fueron sometidos a dos análisis. Una primera aproximación descriptiva que fue utilizada para dar retroalimentación a todos los participantes (Anexo 5); y un análisis inferencial para explorar posibles diferencias entre los tres grupos experimentales.

#### **Análisis descriptivo fase previa**

El primer paso en el análisis de datos es, generalmente, realizar un análisis descriptivo de la muestra. Este análisis permite detectar posibles errores en la introducción de los datos (por ejemplo, valores fuera de rango, valores perdidos); y por otro lado, permite formarse una idea lo más exacta posible acerca de las características de cada variable y su comportamiento. Concretamente, el análisis realizado consistió en medidas de tendencias central como media y desviación estándar; junto a ello los resultados medios en cada una de las pruebas fueron transformados en porcentajes (distribución de frecuencias relativas porcentuales), de modo que fuesen más comprensibles para los participantes en el documento que se les hizo entrega (Anexo 5). Este análisis descriptivo fue realizado mediante las funciones de *explorar* estadísticos descriptivos del programa *SPSS*®.

#### **Análisis inferencial fase previa**

El objetivo básico de la estadística inferencial en esta fase del estudio fue la de comprobar la presencia o ausencia de diferencias estadísticamente significativas en alguna de las variables de interés. De este modo, el sentido de estos análisis fue conocer la relación de cada una de las variables en cada uno de los grupos en la situación previa al desarrollo de los tratamientos. Posteriormente, se volvió a realizar este análisis con los datos obtenidos en las fases post, para conocer los efectos que tuvieron los tratamientos en cada una de las variables y dimensiones abordadas.

Concretamente, en la fase previa, se esperaba que se pudiese aceptar la hipótesis nula. Es decir, se esperaba que no se hallasen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La aceptación de la hipótesis nula en el momento de inicio de los tratamientos apunta a que las tres condiciones de tratamientos (tradicional, online y control) comenzaban el

proceso experimental en una situación similar. Para realizar este análisis inferencial los datos fueron sometidos a tres tipos de análisis que se sintetizan en la Tabla 57.

En todos los casos el nivel de significación establecido fue de  $\alpha = 0,05$ . Con esto se pretendía establecer un riesgo de Error tipo I o falso positivo de 0,05. Se debe volver a mencionar que, en el caso de los análisis previos, la expectativa apunta a aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), resultado que apuntaba a que no existirían diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones y variables estudiadas al momento de iniciar los tratamientos ( $p > 0,05$ ).

Una primera fase del análisis de la fase previa de los datos fue la comprobación de los supuestos de la estadística paramétrica. Este análisis permite definir qué tipo de pruebas debe ser establecida de acuerdo a las características de distribución de los datos. Para determinar el cumplimiento de los supuestos de estadística paramétrica se utilizó el *Test de Normalidad de Shapiro-Wilk* y la *Prueba de Homocedasticidad de Levene*. Según los resultados obtenidos se utilizaron pruebas paramétricas (ANOVA y/o Prueba  $t$  de Student) o estadísticos no paramétricos como la Prueba  $K$  de Kruskal-Wallis o la Prueba  $\mu$  de Mann-Whitney.

Las anteriores pruebas, tanto las paramétricas como las no paramétricas tuvieron el objetivo de comparar los resultados de los tres tratamientos en su conjunto (ANOVA y Prueba  $K$ ) o el cotejo de los resultados en pares de tratamientos ( $t$  de Student o  $\mu$  de Mann-Whitney). En esta fase previa del experimento, lo que se buscaba era comprobar que las distribuciones de los tres grupos no difirían estadísticamente de modo que los cambios posteriores pudiese ser explicados por los efectos de los tratamientos o la situación experimental a la que fueron sometidos.

Junto a los análisis anteriores los datos también fueron sometidos a pruebas de confiabilidad como el  $\alpha$  de Cronbach. Este estadístico fue utilizado para conocer el comportamiento de los cuestionarios al ser utilizados en la forma auto-aplicada. El estadístico de  $\alpha$  de Cronbach permite determinar la fiabilidad o estabilidad de un instrumento, así como la asociación (correlación) bajo un constructo de los diferentes ítems que contiene una prueba; de modo que orienta respecto a la uni-dimensionalidad de una prueba. En el punto dos de la Tabla 57 se señala que se realizó una aproximación a la fiabilidad de los instrumentos mediante el  $\alpha$  de Cronbach; este estadístico fue interpretado siguiendo las orientaciones sintetizadas por Oviedo y Campo-Arias (2005), y que se transcriben en la Tabla 58.

**Tabla 57:** Análisis estadísticos realizados con los datos obtenidos en la fase previa del estudio

---

<b>1. Establecer cumplimientos de supuestos</b>
a. Determinar el tipo de distribución de cada una de las muestras mediante Test de normalidad de Shapiro-Wilk
b. Comprobar la homocedasticidad u homogeneidad de las varianzas de cada una de las muestras mediante la Prueba de Levene
<b>2. Aproximación a la fiabilidad de las medidas</b>
a. Determinación del $\alpha$ de Cronbach de cada una de las pruebas utilizadas
<b>3. Contraste de hipótesis según cumplimiento de supuestos</b>
a. En aquellas situaciones en que se cumplen los supuestos se utilizó la Prueba $t$ de Student para muestras independientes o ANOVA según la cantidad de grupos
b. En aquellas situaciones en que no se cumplen los supuestos se utilizaron pruebas no paramétricas
i. Prueba $K$ de Kruskal-Wallis para la comparación de los tres grupos experimentales
ii. $\mu$ de Mann-Whitney para la comparación de dos grupos experimentales
<b>4. Análisis de datos nominales</b>
a. Exploración de cumplimientos de supuestos (80% de las celdas en una Tabla de contingencia mayores de 5)
i. Cuando se satisfacen los supuestos se desarrolló la Prueba de $\chi^2$ (Chi cuadrado)
ii. Cuando no se cumplieron los supuestos se aplicó la Prueba Exacta de Fisher

---

Finalmente y respecto a las mediciones previas al desarrollo de los tratamientos se utilizó la Prueba de  $\chi^2$  (Chi-Cuadrado) o la Prueba Exacta de Fisher, según el cumplimiento de supuestos. Estos análisis se utilizaron para examinar el comportamiento de variables nominales entre los grupos. Esta prueba permitió conocer la relación entre el sexo de los miembros de los grupos, el nivel de educación, el estado civil y otras variables con este nivel de medición.

**Tabla 58:** Orientaciones para la interpretación del  $\alpha$  de Cronbach

Rango resultante del $\alpha$ de Cronbach	Posible interpretación
< 0,50	Insuficiente
0,51 a 0,70	Moderado
0,70 a 0,89	Bueno
> 0,90	Redundancia/replicación

### Análisis de los datos obtenidos en las medidas post

Una vez transcurridos nueve meses de aplicación de los tratamientos se volvieron entregar los cuestionarios de evaluación, esta vez con la intención de determinar los efectos (Cambios) que se podrían haber producido en las medidas recogidas en la fase previa. Así, en este momento la expectativa era encontrar diferencias entre los diferentes grupos experimentales,

resultados que denotarían algún efecto de los tratamientos aplicados. Nuevamente los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo y uno inferencial.

### **Análisis descriptivo fase post**

Al igual como se hizo en la fase previa, nuevamente se realizó la exploración de medidas de tendencia central mediante las funciones de explorar estadísticos descriptivos del programa SPSS®. Estos resultados fueron transformados a porcentajes y enviados a los participantes como método de retroalimentación y motivación para participar en el estudio (Anexo 6).

### **Análisis inferencial fase post**

En la Tabla 59 se sintetizan los análisis realizados con los datos en la situación post. Como se ha mencionado, en esta fase la expectativa era encontrar diferencias significativas entre las distribuciones de datos provenientes de los tres grupos experimentales. Así, en esta fase se buscaba rechazar las hipótesis nulas ( $H_0$ ) y aceptar las hipótesis alternativas ( $H_a$ ); lo que indicaría algún efecto diferencial de los tratamientos aplicados ( $p < 0,05$ ).

Al mismo tiempo se realizaron algunos análisis de asociación, de modo de determinar alguna reciprocidad entre algunas ellas. Para valorar la magnitud de las correlaciones se siguieron las orientaciones de Cohen (Aron y Aron, 2002; Cohen, 1988), que se sintetizan en la Tabla 60.

Si bien, los procedimientos estadísticos son muy similares a los realizados en la fase previa, en este caso también se realizó un análisis intra-sujeto. El análisis intra-sujeto se realizó utilizando la *Prueba  $t$  de Student* para muestras relacionadas o *Pruebas  $W^+$  de Rangos con signo de Wilcoxon* de acuerdo al cumplimiento o no de los supuestos de estadística paramétrica. Este análisis intra-sujeto permitió conocer el comportamiento de las variables medidas dentro de cada grupo. Por ejemplo, conocer la evolución del *Conocimiento respecto a la Enfermedad* dentro de cada grupo comparando la situación previa con la post.



**Tabla 59:** Análisis estadísticos realizados con los datos obtenidos en la fase post del estudio

- 
- 2. Establecer cumplimientos de supuestos**
    - a. Determinar el tipo de distribución de cada una de las muestras mediante Test de Normalidad de Shapiro-Wilk
    - b. Comprobar la homocedasticidad u homogeneidad de las varianzas de cada una de las muestras mediante la Prueba de Levene
  - 3. Contrastar las hipótesis según cumplimiento de supuestos**
    - a. Análisis intersujeto
      - i. En aquellas situaciones en que se cumplen los supuestos se utilizó la Prueba  $t$  de Student para muestras independientes o ANOVA según la cantidad de grupos
      - ii. En aquellas situaciones en que no se cumplen los supuestos se utilizaron pruebas no paramétricas
        1. Prueba  $K$  de Kruskal-Wallis para la comparación de los tres grupos experimentales
        2.  $\mu$  de Mann-Whittney para la comparación de dos grupos experimentales
    - b. Análisis Intersujeto
      - i. En aquellas situaciones en que se cumplen los supuestos se utilizó la Prueba  $t$  de Student para muestras relacionadas
      - ii. En aquellas situaciones en que no se cumplen los supuestos se utilizó la Pruebas  $W^+$  de Rangos con signo de Wilcoxon
  - 4. Analizar datos nominales**
    - a. Exploración de cumplimientos de supuestos (80% de las celdas en una Tabla de contingencia mayores de 5)
      - i. Cuando se satisfacen los supuestos se desarrolló la Prueba de  $\chi^2$  (Chi cuadrado)
      - ii. Cuando no se cumplieron los supuestos se aplicó la Prueba Exacta de Fisher
  - 5. Analizar el grado de asociación de algunas variables**
    - a. Determinación de  $r$  de Pearson
- 

**Tabla 60:** Orientaciones para la interpretación del resultado de  $r$

Valor de $r$	Orientación para la interpretación y valoración
$\pm 0,1$	Correlación pequeña
$\pm 0,3$	Correlación media
$\pm 0,5$	Correlación grande

Asimismo, y para conocer de forma más profunda la relación de lagunas variables, los datos fueron sometidos a la Prueba  $r$  de Pearson que permite conocer la relación o asociación (correlación) entre algunas variables interesantes para el estudio como la forma en que se asocia la experiencia con la informática con las expectativas ante el tratamiento.

### ***Método y procedimiento de investigación cualitativa***

La presente investigación incluyó un apartado de investigación cualitativa que fue elaborado desde la *Grounden Theory* de Glaser y Strauss (1967; Strauss y Corbin, 1998). Esta metodología fue utilizada con el afán de intentar comprender y conocer la implementación de

una ciberterapia desde la perspectiva de los propios participantes, mediante la conversación directa y sin la mediación de instrumentos del tipo cuestionarios. En este sentido, la metodología cualitativa es muy útil y precisa ya que permite comprender la visión que tienen los propios participantes de un fenómeno de alta complejidad.

Del mismo modo, la incorporación de un componente cualitativo en la metodología permite aumentar la validez de las conclusiones de un estudio ya que propicia la triangulación de fuentes de información. En este caso: fuentes cuantitativas; apreciaciones del investigador; y finalmente la participación de los participantes desde un enfoque cualitativo (Casey y Murphy, 2009).

La metodología cualitativa comienza con la recopilación de información; su almacenamiento y transcripción; su análisis. Un proceso fundamental del análisis mediante la *Grounded Theory* es el proceso de codificación de la información el que permite ordenar los datos cualitativos.

Posteriormente, se desarrolló una codificación abierta que permite aproximarse a una categorización de los datos codificados. A continuación se desarrolló la conceptualización en la cual se descubren y desarrollan categorías así como sub-categorías. Una vez realizados estas tareas se pasó a realizar la codificación axial en donde se relacionan categorías, sub-categorías; y en donde pueden surgir nuevas categorías. Finalmente se desarrolló la codificación selectiva que integra y redefine la codificación axial (Tabla 61).

**Tabla 61:** Fases de la metodología cualitativa utilizada

---

1.	Recopilación de la información
2.	Almacenamiento y transcripción
3.	Codificación abierta
4.	Conceptualización y categorización
5.	Codificación axial
6.	Codificación selectiva

---

A continuación se desarrollan cada uno de las fases que componen la metodología cualitativa. Se debe mencionar que el proceso de análisis de datos cualitativos fue realizado con el apoyo de los programas informáticos *Office Word*® y *NVivo*®<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> El software de análisis de datos cualitativos de *QSR International Nudist Vivo*® o *NVivo*® ayuda a explorar, analizar y comprender información permitiendo explorar, visualizar, organizar, clasificar y analizar patrones en cualquier tipo de datos (texto, imágenes, sonido). *NVivo* dispone de sistemas de

Es importante señalar que el análisis de la información cualitativa se realiza en una espiral continua. De modo que, si bien tiene una intención de seguir una línea de desarrollo; su proceso lleva constantemente a retroceder para revisar los datos obtenidos. Así, es posible que desde la codificación axial sea necesario retroceder a la codificación para a continuación avanzar nuevamente a la codificación axial. Dicho proceso de revisión es el que va generando una teoría explicativa respecto a los fenómenos que abordan los datos cualitativos, ya que se va cuestionando cada vez sus supuestos.

Específicamente, en cuanto al uso de la *Grounded Theory*, también denominada teoría asentada o con fundamento empírico, se debe mencionar que en este análisis se dejaron de lado las fases en donde se desarrolla el modelo de paradigma y la categoría central ya que el objetivo fundamental del estudio era descriptivo y exploratorio.

### **Recopilación de la información**

La información cualitativa se obtuvo mediante dos fuentes: un cuaderno de campo, un *grupo focal* de usuarios de *psicoED*. El cuaderno de campo se fue rellorando periódicamente desde el proceso de pilotaje de la plataforma, así como durante cada una de las sesiones realizadas.

El grupo focal se realizó una vez finalizada la intervención mediante ciberterapia. Se convocó a todos los usuarios de *psicoED* y se siguió la pauta de entrevista que se presenta en el apartado de instrumentos.

### **Almacenamiento y transcripción**

Los datos del cuaderno de campo fueron almacenados mediante *Office Word*<sup>®</sup>. El grupo focal fue almacenado en tres soportes: los apuntes en lápiz y papel que recolectaron las

---

clasificación, el programa permite identificar relaciones y conexiones entre los datos. Su razonamiento sigue los lineamientos de la *Grounded Theory*. En este caso, el *Word Office*<sup>®</sup> se utilizó para transcribir a texto los diálogos del grupo focal, y el *Nvivo*<sup>®</sup> para su análisis.

moderadoras<sup>48</sup> del grupo focal; una grabación de audio en cinta magnética; y una grabación de audio digital.

Posteriormente a la escucha de los audios y la lectura del resumen de las moderadoras, se realizó una transcripción a *Word Office*® de los contenidos del grupo focal para su exportación al programa *Nvivo*®.

### **Codificación abierta**

Consiste en la lectura de palabras frases y oraciones para cuestionar los posibles significados intentando aumentar la cantidad de posibilidades de significación posible. La tarea consiste en apuntar todas las posibles interpretaciones que se les puedan dar a cada una de las ideas que se aprecian en el texto, intentando dilucidar sentidos ocultos, segundas intenciones y hasta elementos no verbales que pudieran orientar interpretaciones. Cada una de estas ideas son calificadas mediante códigos lo más específicos posibles. Así, se intenta que cada frase o idea tenga al menos dos interpretaciones o sentidos posibles.

La codificación también se realiza con los datos que se refieren a los casos. Es decir, se incluye una codificación de los elementos sociodemográficos de modo que a continuación fuese posible cruzar datos y casos.

Al mismo tiempo que se realiza la codificación se realiza una constante comparación entre los códigos que se han determinado y los que van apareciendo; lo que conlleva a un proceso de avance y retroceso constante en la lectura del texto. Esta comparación se realiza entre datos ya que en este momento no es importante la identificación de casos.

### **Conceptualización y categorización**

La conceptualización se refiere a la nominación de códigos, siendo el primer paso de la categorización. Las categorías surgen de la agrupación de códigos que han emergido desde la codificación abierta.

---

<sup>48</sup> El *grupo focal* fue desarrollado por dos personas ajenas a la ciberterapia de modo de facilitar la develación por parte de los participantes.

La diferencia entre conceptualización y categorización se refiere al nivel de abstracción de cada una, en donde la conceptualización apunta más a una denominación de una serie de datos que contienen elementos comunes mientras que la categorización indica la relación entre conceptos.

Es importante señalar que los nombres tanto los conceptos como las categorías deben surgir de los propios datos intentando que hagan referencia directa a los datos aportados por los participantes.

El último paso de la categorización apunta al desarrollo de sus categorías, sus dimensiones, propiedades y características. El objetivo de esta tarea es ir orientando la diferenciación y delimitación entre una categoría de otra. Esta categorización permite, desde el punto de vista gráfico, las diferentes ramas o prolongaciones hacia donde se debe desarrollar un análisis más específico.

### **Codificación axial**

La codificación axial es una sub-categorización. Por ejemplo, las reacciones positivas ante la ciberterapia (categoría), se pueden referir a diferentes dimensiones de la misma (comodidad, facilidad de uso, amabilidad del terapeuta). La codificación axial tiene el objetivo de desarrollar el eje de esta sub-categoría. El segmentar la categorización en diferentes categorías axial intenta explorar el contenido de las diferentes dimensiones de contenido que se observa en el texto de los participantes.

Esta codificación axial, permite conocer la relación entre las categorías principales y sus sub-categorías. En esta fase, cada uno de los códigos debe tener definidas sus características y propiedades. Asimismo, se prestó especial atención a cómo las sub-categorías se relacionaban con las categorías principales y cómo estas lo hacían con una categoría central.

La expresión gráfica de este proceso es un árbol conceptual que tiene un tronco (categoría central), desde la que surgen ramas (categorías secundarias) y brotes desde estas ramas (sub-categorías).

### **Codificación selectiva**

Se refiere al proceso de refinar e integrar las diferentes categorías intentando hacer una focalización o acercamiento a los detalles de cada uno de los elementos del árbol conceptual.

## ***V. RESULTADOS***

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los instrumentos utilizados a lo largo del estudio. Se comienza refiriéndose los resultados aportados desde el cuaderno de campo y que reflejan el proceso de implementación de una ciberterapia (estudio tecnológico). A continuación, se abordan las expectativas ante el tratamiento, a continuación se abordan las opiniones, usabilidad, presencia y satisfacción con la intervención; se comparan las sesiones y el uso del tiempo. Seguidamente se abordan los resultados en cuanto a la alianza de trabajo; los conocimientos sobre la enfermedad; los resultados referidos al apoyo social; y la satisfacción con el servicio de psiquiatría. Finalizando los resultados cuantitativos se presentan aquellos que se refieren a la salud general. Los últimos resultados que se aportan en el presente documento son aquellos referidos al grupo focal, en donde es posible revisar los árboles conceptuales que describen la experiencia de los usuarios con la plataforma online *psicoED*.

### ***Resultados respecto al proceso de implementación y estudio tecnológico para el desarrollo de una ciberterapia***

De las 58 personas que recibieron la indicación de intervención familiar, 38 (65,5%), disponía de alguna posibilidad de conexión a internet. Este resultado se obtuvo al determinar

que alguna compañía de internet señalaba la posibilidad de conexión, ya sea mediante conexión de 128 kbps, ADSL, cable, conexión satélite, banda ancha rural o internet móvil. Debido a que los requerimientos para utilizar completamente la plataforma *psicoED* son de al menos 1 MBps/300 kbps, las conexiones mediante modem telefónico de 128 kbps no cumplen con las especificaciones y algunas de las conexiones ADSL en algunas zonas no llegaban a 1 MB. Así, descontando estos posibles candidatos que no cumplían con las especificaciones técnicas, la posibilidad de acceder a este tipo de servicios fue de un 65,5% (38 hogares).

El porcentaje de personas que podía utilizar conexiones “teóricas” (conexión satélite o móvil) fue de 12,1% (siete familias); es decir de ese 65,5% de personas que tenían posibilidad de acceder a internet, el 19% (11), no contaba con total seguridad que su propia conexión podía serle útil para sacarle todo el provecho a la plataforma, mientras que siete (12,1%) contaban con una posibilidad teórica de acceder a internet en las condiciones que requiere *psicoED*.

Sólo nueve (15,5%), de las personas derivadas al programa de familias contaban con conexión a internet, pero de estas conexiones solamente siete (12,1%), cumplían con los requerimientos técnicos de la plataforma. Cabe señalar, que de estos siete posibles usuarios de la plataforma, dos de ellos manifestaron no tener dificultades en asistir a la intervención tradicional y optaron por ella; tres rechazaron la intervención. Por ello, finalmente sólo el 3,5% (dos familias) de las derivaciones cumplió con el requerimiento técnico y la disposición personal para participar del programa *psicoED*, por lo que se benefició del programa gracias a su conexión personal.

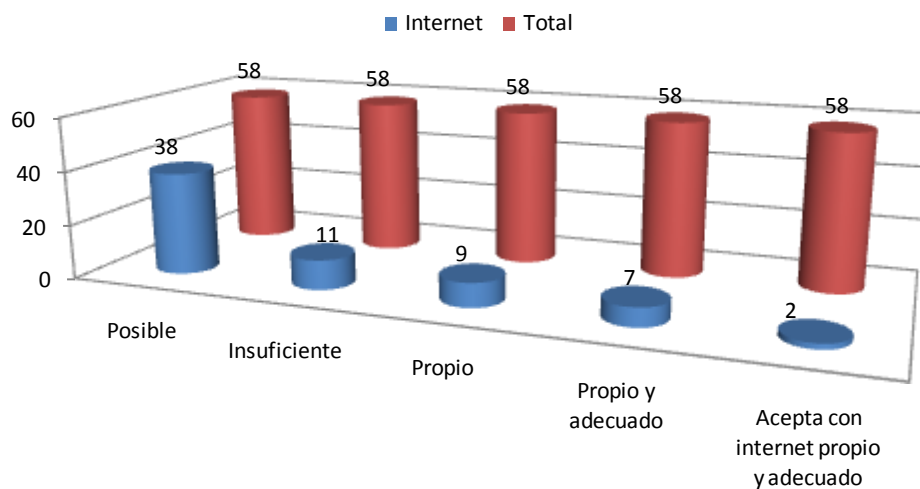
Un resumen de la disponibilidad de conexión a internet de la muestra de participantes derivados al estudio se encuentra en la Figura 14.

### ***Cobertura territorial telefónica en Zamora***

Para comenzar una aproximación a la cobertura de telecomunicaciones un efecto fundamental es la cobertura telefónica. Ante ella y estimando familias de cuatro miembros de media, la cobertura de telefonía fija en Zamora casi alcanza al 100%. Aunque, de acuerdo a la siguiente Tabla (62), se observa que hay un aumento de la cobertura urbana y una disminución de la cobertura de telefonía fija en la población rural. Es decir, el fenómeno de la migración a los grandes núcleos urbanos también se observa en la cobertura telefónica (Tabla 94)



**Figura 14:** Disponibilidad de conexión entre todos los participantes (cantidad de participantes)



**Tabla 62:** Cobertura telefónica en la provincia de Zamora

Nombre Municipio	Teléfonos fijos 2008	Variación % teléfonos fijos 03-08
Alcañices	458	1,6
Benavente	8.265	18,2
Bermillo de Sayago	619	-4,7
Coreses	574	7,6
Corrales	458	-5,2
Fermoselle	615	-8,7
Fuentesaúco	703	2,9
Galende	670	-3,0
Moraleja del Vino	500	13,6
Morales de Toro	361	-9,6
Morales del Vino	895	26,0
Puebla de Sanabria	832	9,2
San Cristóbal de Entreviñas	601	-4,9
Santa Cristina de la Polvorosa	362	-12,8
Santibáñez de Vidriales	554	-9,8
Toro	3.636	3,2
Trabazos	290	-10,7
Villalpando	702	3,2
Villanueva del Campo	411	-8,6
Villaralbo	517	-7,3
Zamora	32.426	10,0
<b>TOTAL</b>	<b>54.449</b>	<b>10</b>

## ***Conexión a internet mediante cable y/o ADSL***

El primer paso para determinar la posibilidad de contratación de servicios ADSL o Cable fue el determinar si el hogar contaba con cobertura por parte de las compañías proveedoras. Para ello fue necesario contar con la dirección exacta, número telefónico, código postal y, si era posible, el número de teléfono de algún vecino, si es que la familia no poseía. También se les solicitó a los familiares interesados que indagaran si alguno de sus vecinos tenía servicio de internet y cuáles eran sus características.

La tarea se desarrolló indagando cada uno de los 58 hogares en las bases de datos de las diferentes empresas proveedoras de servicios de conexión; contacto telefónico con vendedores de las empresas; así como intentando contactar a los vecinos que los familiares habían detectado o señalado que disponían de conexión a internet. En tres ocasiones (5,2% de la muestra), se señalaba que los vecinos contaban con internet (información que contradecía los datos de las empresas), pero esta conexión finalmente se realizaba mediante modem telefónico de 128 kbps, lo que no permitía utilizar la plataforma. Ahora, respecto a la posibilidad de instalar ADSL o conexión mediante cable el 51,7% (31), de las familias derivadas contaba con esta posibilidad.

Lamentablemente, la gestión y contratación de un servicio ADSL, con la permanencia que se exige, la domiciliación del pago de la cuenta, y que el dueño de la vivienda deba firmar una autorización para la instalación del servicio; resultó en que solamente una persona (1,7%), aceptara realizar toda la burocracia. En este caso y a pesar de la motivación de la familia, para poder recibir servicio ADSL debía cambiarse de compañía proveedora de teléfono y cambiar la numeración telefónica, lo que finalmente fue la causa que se desechara esta alternativa. Así, en ninguna ocasión se pudo implementar el programa *psicoED* mediante una conexión ADSL o cable y sólo dos se realizaron mediante la conexión ADSL propia de cada familia. De acuerdo al Anuario Económico de España que realiza la Fundación La Caixa (2009), la provincia de Zamora tiene 21.007 líneas de conexión a Internet por banda ancha, lo que lleva a que la provincia zamorana se encuentre entre los últimos lugares de acceso a la red de España. La Comunidad Autónoma de Castilla y León tiene 0,15 conexiones por habitante, mientras que Zamora apenas llega a las 0,11; lo que también la lleva al último lugar de la comunidad castellano-leonesa.

Respecto a centros urbanos; solo 75 poblaciones de Zamora cuentan con acceso a conexión ADSL por lo que también respecto a este modo de acceso (Tabla 63), Zamora se encuentra entre las provincias con mayores dificultades de accesibilidad web debido a falta de

cobertura de internet (García, 2009). Si bien 300 poblaciones cuentan con conectividad mediante internet “por ondas”, el coste de su instalación y su baja fiabilidad solo lo hacen deseable para planes especiales de fomento y subvención del acceso a internet en zonas rurales.

**Tabla 63:** Cobertura de internet en la provincia de Zamora

Nombre Municipio	Líneas de banda ancha 2008
Alcañices	138
Benavente	3.707
Bermillo de Sayago	98
Coreses	138
Corrales	81
Fermoselle	143
Fuentesaúco	200
Galende	69
Moraleja del Vino	198
Morales de Toro	1
Morales del Vino	452
Puebla de Sanabria	297
San Cristóbal de Entreviñas	2
Santa Cristina de la Polvorosa	34
Santibáñez de Vidriales	115
Toro	1.292
Trabazos	0
Villalpando	234
Villanueva del Campo	80
Villalarbo	168
Zamora	12.367
<b>TOTAL</b>	<b>19.814</b>

Más allá de las variables de coste, la calidad de la conexión mediante internet por ondas (o satélite mediante tecnología *WiMAX*<sup>49</sup> se ve altamente determinada por obstáculos físicos o meteorológicos que pueden interrumpir o mermar la conectividad. Esto se traduce en que de los 300 pueblos que aparecen con acceso a internet; muchos cuentan con conectividad parcial, irregular o con parámetros insuficientes. Así, hay viviendas que tienen conectividad sólo en alguna de sus habitaciones o que en situaciones de niebla o lluvia la conectividad se reduce o se pierde.

<sup>49</sup> Siglas de *Worldwide Interoperability for Microwave Access* (Interoperabilidad mundial para acceso por microondas), es una norma de transmisión de datos que utiliza las ondas de radio. Una de sus ventajas es dar servicios de banda ancha en zonas donde el despliegue de cable puede ser muy costoso.

### ***Utilización de telecentros***

La provincia de Zamora dispone de 84 telecentros en diversos pueblos de la zona, cada uno funciona según el estilo que le brinda el dinamizador o persona a cargo. Este funcionamiento depende de la infraestructura, las capacidades de la conexión y el tiempo disponible que tiene el dinamizador del telecentro para voluntariamente desarrollar este trabajo. Los resultados derivados de la posibilidad de uso de telecentros para recibir la intervención se vieron dificultados por cuatro variables: fin de programa de financiación de los telecentros; problemas de intimididad; distancia y poca claridad respecto a fiabilidad técnica junto a problemas de usabilidad y disponibilidad de lugar.

Respecto al uso de telecentros, no existía claridad respecto a las características técnicas de estos. Si bien se pretenden que en cada uno de ellos exista una conexión de calidad mediante el mejor medio (ADSL o satélite) y que se dispone de ordenadores con cámara, estos equipamientos y características varían en uno a otro. Lo mismo ocurría con los horarios en que estaban disponibles los telecentros, ellos dependía de la figura del dinamizador del recurso quien abría los telecentros de acuerdo a su propia disponibilidad o interés de la población, lo que generaría acciones de coordinación que podrían dificultar la implementación del programa. Así, ninguna de las intervenciones se realizó en un telecentro.

### ***Conexión vía satélite o banda ancha rural***

Otra alternativa posible de conexión estudiada frente a la escasa conectividad de la muestra fue la conexión vía satélite o mediante banda ancha rural. Esta conexión permite acceder a una gran cantidad de lugares remotos y alejados, pero su precio es alto y su funcionamiento variable. De igual manera, se realizó un pequeño estudio respecto a las posibilidades de conexión mediante internet vía satélite de la muestra. Este arrojó que un 12,1% (7 familias), contaban con la posibilidad de conexión mediante este modelo. Cabe destacar que muchas otras familias podían acceder a la banda ancha por satélite, de hecho casi todas las familias que disponían de conexión ADSL podían también contar con conexión satélite, pero este 12,1% disponía sola y únicamente como alternativa de conexión la vía satélite.

Lamentablemente, nuevamente los problemas de gestión, contratación, pago, costes e involucramiento de los usuarios hicieron imposible una implementación de este tipo. Para contratar una banda ancha vía satélite se requiere pagar altos costos (150€ por el estudio de

instalación, junto a 104€ mensuales, con una permanencia de 12 meses)<sup>50</sup>. Por otro lado, el usuario debe aceptar la visita de un técnico que puede estar todo un día buscando la conexión ideal y orientando la antena de captación. Esta antena debe ser fijada en su domicilio con el consecuente impacto estético y arquitectónico. Asimismo, el usuario debe firmar la autorización para instalación. Finalmente, la conexión satélite es variable en su desempeño y se ve influenciada por elementos incontrolables como el clima. Todo lo anterior concluyó en que no se optara a utilizar esta alternativa de conexión.

La conexión teórica vía satélite en la provincia de Zamora es total, pero debido a la determinación por factores geográficos, arquitectónicos y meteorológicos su cobertura real y concreta debe ser valorada caso a caso y en el entorno real en donde se realizará la conexión.

### ***Conexión mediante internet móvil***

Después de examinar todas las alternativas de conexión surgió la posibilidad de utilizar conexiones móviles. Afortunadamente la llamada red 3G, 3,5G o 4G ha ido aumentando su cobertura España lo que posibilita conexiones de calidad mediante el sistema de conexión sin cables y *everywhere* (en todas partes). En la provincia de Zamora, la cobertura teórica de internet móvil durante el año 2009 abarcaba las localidades de Zamora, Benavente, Toro, Coreses, Corrales, Fonfría, Fuentesauco, Morales del Vino, Moraleja del Vino, Morales de Toro, San Cristóbal de Entreviñas, Santa Cristina de la Polvorosa, Santibáñez de Vidriales, Villalpando y Villaralbo<sup>51</sup>.

Lamentablemente la información de las compañías no es fiable respecto a la calidad y las conexiones son inestables en el tiempo debido a que dependen de la carga o demanda que tenga cada una de las antenas que nutre la red. Incluso en lugares como Santibáñez de Vidriales se realizaron pruebas de conectividad mediante internet móvil 3G y los resultados fueron negativos a pesar que las compañías señalan que está disponible.

Así, la conclusión del estudio de factibilidad de uso de internet móvil concluyó que sólo en las localidades de Toro, Zamora y Benavente, era posible lograr conexiones adecuadas para *psicoED*.

---

<sup>50</sup> Estos valores corresponden a Diciembre del año 2010 en la compañía Iber-Banda

<sup>51</sup> Fuente: información aportada por el servicio al cliente de las compañías proveedoras de conexión a internet (Orange, Telefónica y Vodafone).

Por otro lado, la implementación mediante internet 3G es bastante simple ya que el contrato puede ser centralizado. Por ejemplo, la contratación la realiza una fundación o institución y se las entrega a cada usuario. No conlleva cables u otros elementos que impacten en la vivienda de los beneficiados del programa. Por otro lado, se concluyó que una sesión de ciberterapia utilizaba un intercambio de datos de 300 Mb, lo que aseguraba que al menos se podrían realizar hasta 3 sesiones con una carga de 1 Gb, si la conexión era sólo utilizada para la ciberterapia. Al mismo tiempo el coste de este tipo de conexión ha descendido hasta llegar a un nivel similar a las conexiones mediante ADSL.<sup>52</sup>

La posibilidad de utilizar internet móvil en la muestra arrojó que 16 familias podían recibirla (27,6%). Respecto a la implementación el 83,3% de los usuarios (5) utilizaron conexiones mediante internet móvil que fueron entregados gratuitamente al igual que el ordenador.

Todo este estudio tecnológico concluyó que solamente tres familias no contaban con posibilidad teórica de recibir internet mediante alguna de las alternativas estudiadas, lo que indica que la posibilidad de cobertura si se tuviesen todos los medios y facilidades podrían ser bastante altas (94,9%). Sin embargo y desde el punto de la factibilidad real, las posibilidades concretas de disponer internet eran para aquellas familias que podían recibir internet móvil ya que era el producto más simple de contratar, fácil de implementar y con un desempeño adecuado para permitir el uso de la plataforma. A modo de síntesis en la Figura 15 se muestran las distribuciones de los diferentes tipos de posibilidades de conexión a internet entre las personas derivadas al programa de familias.

Respecto a la cobertura de internet móvil, en la provincia de Zamora sólo cuatro núcleos urbanos cuentan con la posibilidad de conexión móvil: Zamora, Toro, Benavente y Puebla de Sanabria (Figura 16).

### ***Impacto del servicio de internet en la cobertura del Servicio de Psiquiatría de Zamora***

Por ejemplo, en la Figura 17 se puede observar la cobertura del servicio de psiquiatría y la cobertura de internet móvil (esta última en azul).

---

<sup>52</sup> De acuerdo a los datos de la compañía Movistar, una conexión ADSL de 10 MB, tiene un valor de alrededor de 55€ al mes; mientras que una conexión móvil de 10 MB comienzan desde los 45€.

Figura 15: Distribución de los diferentes tipos de posibilidades de conexión a internet

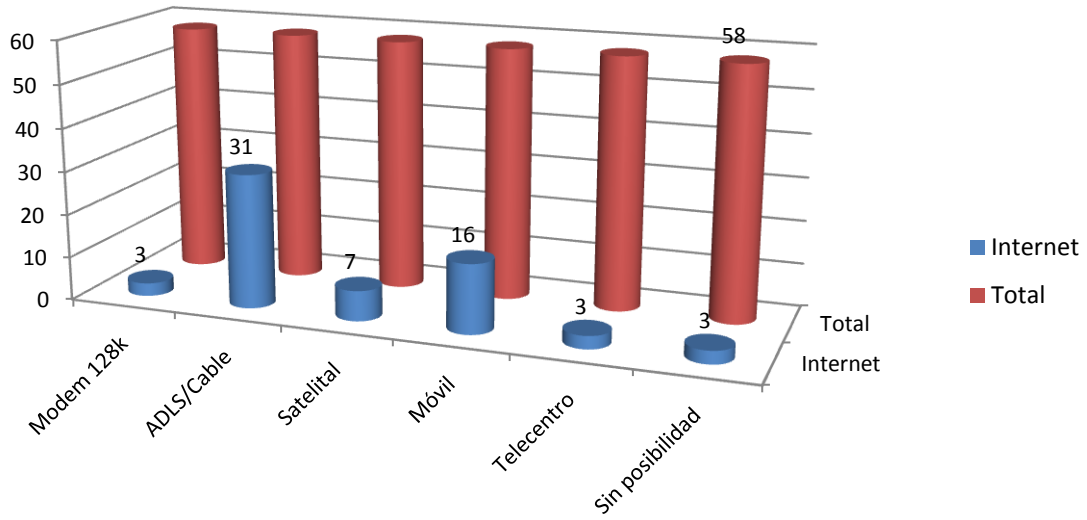
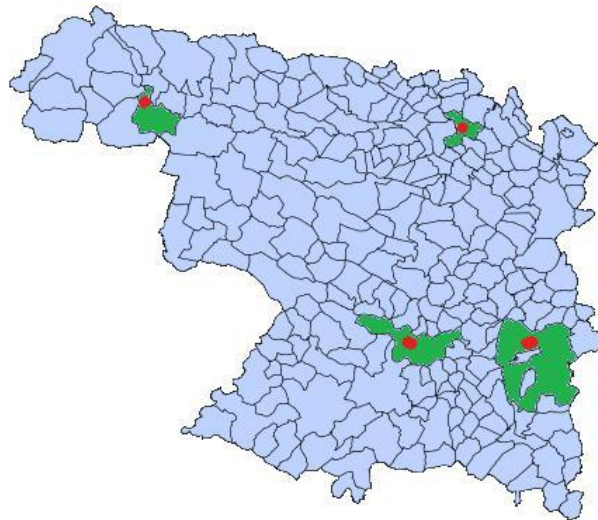


Figura 16: Mapa de la cobertura de la red 3G en la provincia de Zamora



En la Figura 17 se detallan los dispositivos que existen en la red de psiquiatría de Zamora, los puntos rojos indican los destinos de los equipos itinerantes. En azul se indica la cobertura de internet móvil de la Provincia. Este mapa nos indica en dónde se hace posible una

intervención mediante ciberterapia que requiera diferentes márgenes de conectividad internet.

**Figura 17:** Cobertura del servicio de psiquiatría y de internet móvil en la Provincia de Zamora



Así, es en las mismas ciudades y pueblos en donde existe atención itinerante es donde se accede mediante internet móvil. Por ejemplo, para suplir un equipo itinerante o un equipo de salud mental se haría imprescindible la videoconferencia. En este caso, el aumento de la cobertura de este tipo de servicios debido a la limitante tecnológica sería de 1.565 habitantes (0,8% de la población), ya que la red de internet no abarca mucho más de lo que ya se hace con equipos itinerantes. En este caso, la única ventaja de un servicio de ciber-atención sería el aumentar la frecuencia de los contactos.

Ahora, si lo que se desea es aumentar la cobertura para acciones psicosociales intermedias (como la rehabilitación psicosocial o psicoeducación), la cobertura es mayor, ya que existen zonas (por ejemplo en Sanabria y Benavente), en donde no existen este tipo de recursos. En este caso, el aumento de cobertura para Zamora sería de un 12% (19.100 habitantes).

Finalmente, si se implementa una ciberterapia de atención asincrónica, respuesta de correos electrónicos y disposición de información mediante página web y foros, el aumento de cobertura es de un 66% (128.182 habitantes); ya que la Provincia de Zamora cuenta en casi toda su extensión la posibilidad de acceso a internet mediante conexión de 128 Kbps.



## ***Otros aspectos tecnológicos***

Junto con las variables de conectividad a internet, existen otras variables tecnológicas que pueden determinar el desarrollo de una ciberterapia; dentro de ellas se incluye la elección del ordenador y la elección del software

### **Elección del ordenador**

La Tabla 64 en su cuarto punto señala que una experiencia que surge desde el presente estudio es que se debió elegir el tipo de ordenador más adecuado para implementar el tratamiento. Las posibilidades en el mercado son bastante amplias, pero los criterios de usabilidad llevaron a considerar factores como los que se señalan en la Tabla 64.

**Tabla 64:** Criterios de *usabilidad del ordenador*

---

1.	Facilidad en el uso del teclado
2.	Tamaño de pantalla adecuado para problemas leves de visión
3.	Instalación discreta
4.	Tamaño reducido
5.	Posibilidad multimedia
6.	Cámara web incorporada
7.	Micrófono incorporado
8.	Altavoces incorporados

---

En este caso el ordenador ideal para implementar ciberterapias debería tener un teclado fácil de utilizar, lo que deja en mal pie a los ordenadores portátiles. Este punto es fundamental para personas de avanzada edad o con dificultades motoras, ya que los estrechos teclados de ordenadores portátiles pueden generar dificultades; desde este punto de vista se debe buscar un teclado parecido a una máquina de escribir.

Por otro lado, el tamaño de la pantalla es un elemento importante ya que posibilita y facilita la visibilidad de la página de *psicoED*, sus contenidos y la ciberterapia mediante videoconferencia. Este punto se contrapone con los puntos tercero y cuarto, la instalación discreta y el tamaño reducido por lo que debe balancearse el privilegio de cada uno de estos elementos (tamaño de la pantalla, discreción y tamaño). La instalación discreta se refiere a que el ordenador a instalar en el domicilio debe ajustarse a tamaños pequeños que no están preparados para recibir una máquina como esta; o que debe ser lo suficientemente estético

para que no se transforme en un trasto que se vuelva incómodo para la familia, generando desagrado. Este elementos de discreción es importante ya que como se señala en los resultados de la implementación domiciliaria, el 50% de los ordenadores (3), se instalaron en el salón de las casa de los participantes<sup>53</sup>.

Un elemento central que se aborda desde el punto cinco al octavo de los criterios de usabilidad del ordenador se refieren a las posibilidades multimedia. La experiencia desarrollada en el presente estudio apunta hacia la conveniencia de utilizar un ordenador con los mayores elementos multimedia incorporados; específicamente cámara web, micrófono y altavoces. Todo ello facilita la instalación, el desenvolvimiento de la máquina, la prevención de manipulación externa y minimiza la pérdida de elementos en traslados. Por ejemplo, durante el proceso de desarrollo de la intervención se señala un incidente en el cual el ordenador fue manipulado por niños lo que generó dificultades en el inicio de una sesión, generando inseguridad y desconfianza. Este problema sería prevenido al contar con un ordenador con los elementos multimedia incorporados que minimicen estos riesgos.

Finalmente, se debe señalar que las características de hardware del ordenador para *psicoED* no son exigentes, como se señala en la Tabla 65. Los requerimientos son superados por la mayor parte de los ordenadores disponibles actualmente en el mercado. Esto es el resultado de la intención en el diseño de *psicoED* para que fuese un recurso que no requiera mayores exigencias como las que tiene acceder a cualquier página web disponible en internet.

**Tabla 65:** *Requerimiento de hardware para psicoED*

- 
1. Procesador: Intel Pentium IV a 2GHz o superior.
  2. Memoria RAM: 1 GB.
  3. Memoria ROM: Disco duro de 60 GB.
  4. Tarjeta Gráfica con memoria dedicada de al menos 64 MB.
  5. Tarjeta de Red 10/100 Ethernet o tarjeta WIFI dependiendo de la conexión para acceder a Internet.
- 

---

<sup>53</sup> Respecto a esta instalación en los salones de los domicilios, se debe señalar que esa circunstancia no pareciera ser deseable. En primer lugar una ciberterapia requiere ciertas condiciones del entorno que se refieren a tranquilidad y posibilidad de concentración; estas condiciones no se encuentran habitualmente en el salón de una casa. De ese modo, es posible que para desarrollar una ciberterapia en condiciones ideales, los usuarios debiesen de contar con un lugar privado y aislado, que imite el encuadre de un despacho tradicional. Así, en condiciones ideales los usuarios de ciberterapias en sus propios domicilios debiesen de contar con un lugar, como una habitación escritorio; que les permita desenvolverse en una ciberterapia de modo que puedan comportarse con las misma tranquilidad con la que es posible desenvolverse en un despacho tradicional; así se potenciarían la desinhibición positiva, la expresión de emociones y las reacciones como el llanto y la develación.

Como datos finales en cuanto a la elección del ordenador, en la implementación del presente estudio se utilizó un ordenador *Dell semi-portable optiplex* que se presenta en la Figura 18. Este ordenador cumple con características de discreción, usabilidad del teclado pero no con la integración de elementos multimedia. A futuro, se recomienda utilizar ordenadores más versátiles que incorporan pantallas táctiles que inclusive podrían contener no sólo programas de ciberterapia sino otro tipo de tratamientos en los que la pantalla táctil pueda ser una ventaja (Figura 19). Por ejemplo, en el tratamiento de la esquizofrenia la rehabilitación cognitiva es un elemento central. Así, ya se están desarrollando experiencias en las que se utilizan al mismo tiempo las ventajas de *psicoED* y del sistema de rehabilitación cognitiva por ordenador denominado *Gradior* (Franco-Martín, Orihuela, Cid, y al., 2000).

**Figura 18:** Ordenador utilizado en el estudio *psicoED*



Al respecto, el ordenador *ASUS* de la familia *Eee family*, modelo *Eeetop* PC ET1602 (Figura 19), cuenta con una pantalla que incluye en su parte trasera el CPU; un diseño discreto con todos los elementos multimedia incorporados que hasta incluye una pantalla táctil. El teclado es pequeño pero puede ser fácilmente reemplazado por una con mayor usabilidad siguiendo los lineamientos de los *senior PC* (Andrinds, 2009)<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> El avance de las tecnologías y los desarrollos tecnológicos, en este caso el hardware; hacen que un ordenador como el *Eeetop* PC ET1602 sea adecuado para alojar *psicoED* y *Gradior* (un programa de rehabilitación cognitiva por ordenador); pero no alcanza para desarrollar actividades de realidad virtual, control del entorno o rehabilitación física a distancia. Así, cada vez surgen nuevos modelos que permiten alojar plataformas amplias e integrales para desarrollar atención en *eSalud*; estos desarrollos requieren mayores exigencias de hardware y, por lo tanto, este modelo de *Eeetop* quedará en un tiempo obsoleto.

**Figura 19:** Ordenador recomendado en futuras aplicaciones



### **Elección del software**

En cuanto al software que deben contener los ordenadores utilizado en el estudio *psicoED*; por un asunto de costes fue recomendable utilizar software libre. En este caso en los ordenadores se instalaron una serie de programas gratuitos que permitieron un correcto desempeño de la plataforma *psicoED* en los ordenadores de los usuarios (Tabla 66)

**Tabla 66:** *Software instalado para aprovechar psicoED*

- 
1. Java®
  2. Antivirus AGV *free edition(r)*
  3. Acrobat Flash®
  4. Acrobat Reader®
  5. Mozilla Firefox®
  6. LogMeIn Free®
  7. OpenOffice®
  8. Windows media Player®
- 

Un aspecto que surgió desde el desarrollo de la intervención fueron los problemas generados por el diseño de la plataforma *psicoED* específicamente para el navegador *Mozilla Firefox*®. A medida que se amplió la utilización de la plataforma se hallaron dificultades para los usuarios del navegador *Internet Explorer*®. De este modo, se han realizado una serie de adaptaciones que permitan que la plataforma se desarrolle sin problemas en cualquier tipo de navegador.

En este sentido, y siguiendo la experiencia desde la vía de la usabilidad, es fundamental desarrollar plataformas web que se adapten fácilmente a los recursos de software del que disponen la mayor parte de los usuarios, pero que, al mismo tiempo sean posibles de utilizar por otros usuarios más experimentados. Al mismo tiempo, es importante señalar que cada nueva versión del software puede contener diferencias que pueden arrojar problemas con *psicoED*. Así, se debieron realizar pruebas para que en el futuro *psicoED* fuese compatible con las diferentes versiones del navegador *Internet Explorer*<sup>®</sup> (desde las versiones 5 en adelante) y *Mozilla Firefox*<sup>®55</sup>.

Este resultado condiciona la permanencia de una plataforma web a la posibilidad de que se vaya adaptando a los cambios de software y otros elementos tecnológicos. Es decir, se hace imprescindible contar con un monitoreo constante y la actualización de la plataforma a intervalos semestrales, con el objetivo de mantener un buen grado de desempeño en relación a los cambios del medio cibernético, así como de los nuevos recursos que se puedan generar desde la ciberterapia. Estos elementos que apuntan hacia la usabilidad se vuelven fundamentales en ciberterapia.

### **Configuración del ordenador y su software**

La configuración de ordenadores no sólo se realizó en los ordenadores entregados para el estudio sino que también para aquellos usuarios que disponían ordenador propio, debido a la necesidad de hacer más usable la plataforma y facilitar el acceso. Así, se crearon accesos directos, se configuraron los programas con que se abrían las presentaciones o los archivos *pdf*; se memorizaron las claves de acceso; y una serie de detalles que permitieron un manejo más fácil y satisfactorio de *psicoED*.

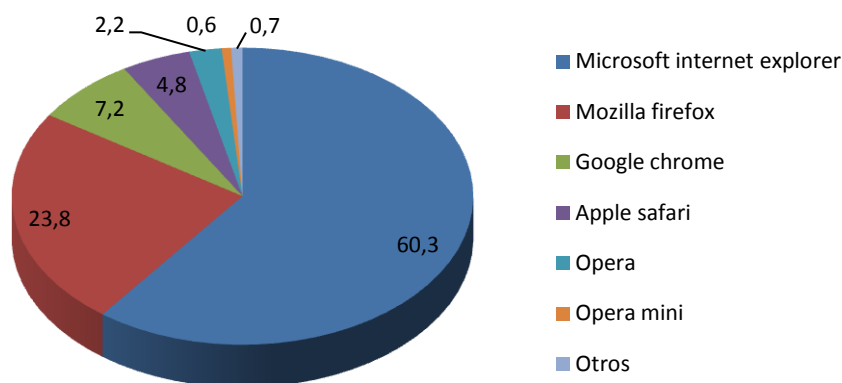
La configuración de ordenadores se realizó previamente y también durante el desarrollo de la intervención dependiendo de las habilidades de cada uno de los usuarios. En este caso, cuando se publicaron actualizaciones se debió asesorar a los usuarios en solucionar problemas.

---

<sup>55</sup> Nuevamente los avances tecnológicos hacen que cada año se publiquen nuevas versiones de *software* (por ejemplo *Windows 8*, *Firefox 4.9*, *Explorer 10*, *Office 2012*); cada uno de estas actualizaciones pueden generar problemas de compatibilidad que llevan a mantener un monitoreo del funcionamiento de las plataformas de ciberterapias.

Como se ha señalado una primera dificultad se refiere al navegador que utilizaban habitualmente las personas que disponían de ordenador. En este caso, los miembros del equipo tecnológico decidieron desarrollar la plataforma para el navegador *Mozilla Firefox*<sup>®</sup>, pero la gran mayoría de los usuarios utiliza el navegador *Internet Explorer*<sup>®</sup>. Las estadísticas graficadas en la Figura 20, indican que el 60,32% de los usuarios de internet utilizan el navegador *Microsoft internet Explorer*; mientras que el 23,81% utiliza *Firefox* (NetMarketShare, 2010). Estos datos indican que quizás desde un punto de vista tecnológico la elección de *Firefox* puede ser acertada (más aún cuando la versión de *internet explorer 8* aún no estaba disponible), pero desde el punto de vista de la accesibilidad, la elección y sobre todo sus consecuencias, hacen desaconsejable la elección de un navegador que sólo utiliza un cuarto de los usuarios (habitualmente los usuarios de *Firefox* son más avezados en el manejo informático que los usuarios de *Explorer*).

Figura 20: Porcentaje de usuarios según tipo de navegador web



Al mismo tiempo, es importante advertir a futuras aplicaciones de ciberterapia que al menos en el contexto de Zamora, el 100% de los usuarios carecía de algunos accesorios fundamentales para aprovechar la ciberterapia: cámara web, auricular y micrófono. Este resultado apunta a que aún existe una brecha tecnológica para que la población general y más aún la rural puedan acceder a ciberterapias.

Asimismo, la necesidad de instalar programas específicos como el *Adobe flash player*<sup>®</sup>, genera una tercera dificultad de acceso a la plataforma que surge desde sus características tecnológicas. Más aún, este programa requiere una pequeña configuración que usuarios poco avezados no pudieron realizar sin ayuda del ciberterapeuta.

Los resultados anteriores, así como la determinación de visitas domiciliarias indican que el 85.7% de los usuarios posibles de *psicoED* requerirán una visita domiciliaria o al menos una intensa guía telefónica, así como material impreso para acceder a *psicoED*. Estos resultados apuntan a las dificultades que se encuentran sobre todo al inicio del desarrollo de intervenciones ciberterapéuticas y que justifican de momento la inclusión de las visitas domiciliarias como parte del protocolo de tratamiento.

Otro resultado que llama la atención es la gran cantidad de cambios de domicilios que se produjo en el grupo online. El 42,9% de los usuarios realizó un cambio de domicilio a lo largo de la intervención lo que produjo un abandono debido a imposibilidad técnica. Este resultado puede orientar respecto al perfil de usuarios que puede beneficiarse de la intervención online: personas con alta movilidad geográfica. Es decir, acciones como *psicoED* pueden igualmente sobrellevar a personas que suelen cambiar su lugar de residencia<sup>56</sup>.

Otro elemento interesante es el perfil de usuarios que utilizaron *psicoED* de acuerdo a su nivel de manejo informático. Los resultados indican que el 30% de la muestra nunca en su vida había tenido contacto con un ordenador e internet. A pesar de ello, los resultados de efectividad que se presentan más adelante indican que igualmente se vieron beneficiados por el tratamiento.

## ***Resultados referidos a las expectativas ante el tratamiento***

### ***Confiabilidad del instrumento de valoración de expectativas***

La aplicación de la escala de expectativa en el grupo tradicional resultó en un  $\alpha$  de Cronbach de 0,854, mientras que en la aplicación online alcanzó un 0,893. De este modo ambas aplicaciones cumplen con criterios de confiabilidad estadística.

---

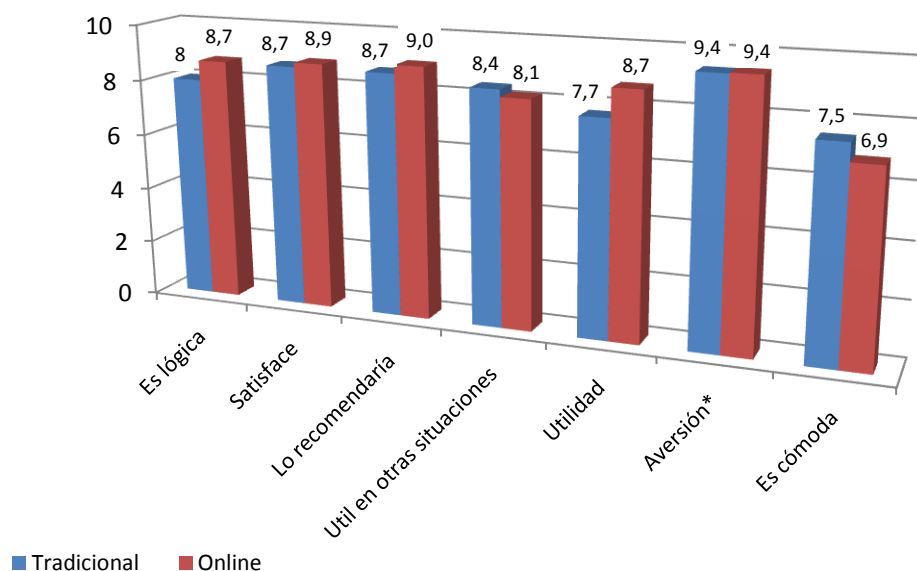
<sup>56</sup> Un problema de la tele-atención interprovincial, inter-comunidad o internacional es la descoordinación entre la atención online y la posibilidad de apoyo tradicional. Por ejemplo cuando la atención tradicional y online se desarrollan en países diferentes.

## Resultados descriptivos de las expectativas

La primera pregunta que se pretendió responder era si las expectativas frente al tratamiento era diferentes entre quienes recibían la terapia tradicional y la ciberterapia. Este resultado puede orientar respecto al proceso de implementación, así como aproximarse de una forma científica a las atribuciones que realizan los usuarios ante la adopción de nuevas aproximaciones psicoterapéuticas como las ciberterapias y la supuesta aceptación que realizarían los participantes.

En la Figura 21 se pueden observar las medias de cada uno de los ítems que componen la escala de expectativas ante el tratamiento. En ella se observa que solamente en las preguntas referidas a utilidad en otras situaciones y la comodidad; la ciberterapia tiene menores expectativas que el tratamiento tradicional. En cuanto a la Figura 21 es importante señalar que los resultados que expresa la pregunta en cuanto a aversión es inversa, es decir a mayor puntuación menor aversión. En este caso, la puntuación es similar tanto en el tratamiento tradicional como en el online.

**Figura 21:** Gráfico comparativo de las medias de las preguntas sobre *expectativas* ante el tratamiento entre el grupo online y tradicional



\*La medida de aversión tiene un sentido inverso, en este caso a mayor puntuación menor aversión

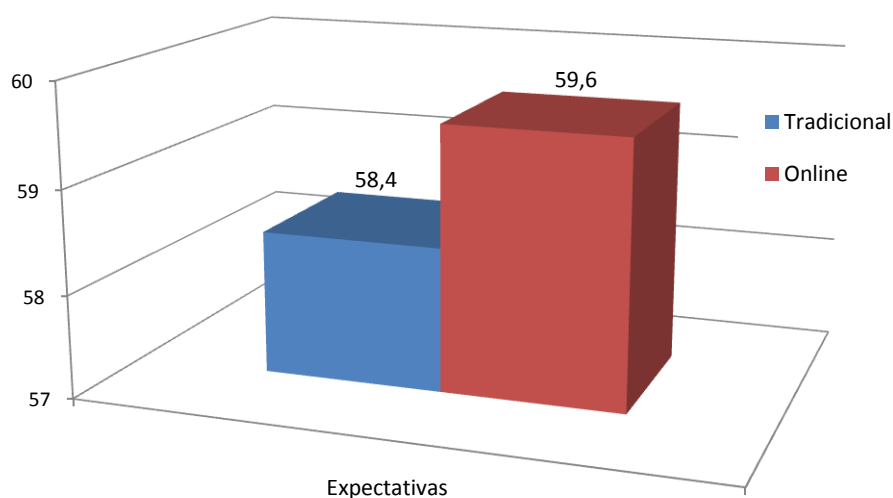
En la Figura 22 que sigue a continuación se expresan las medias totales de la escala de expectativas en el grupo online y tradicional. En ella se observan mejores expectativas en el



grupo online, expresado en una puntuación global de casi un punto mayor que el tradicional. No obstante esta diferencia es pequeña y expresa un resultado fundamental: las expectativas ante un tratamiento tradicional y online son similares, pero la ciberterapia es más novedosa y es ofrecida como una alternativa de acceso.

La Tabla 67 presenta los resultados descriptivos de la prueba de “*Expectativas ante el Tratamiento*”, aplicadas tanto al grupo online como al tradicional. Para comprender la Tabla 67 se debe tener en cuenta que a mayor puntuación más positivas son las expectativas que refieren los participantes. Así, por ejemplo, al señalar las expectativas en ambos grupos, las puntuaciones más bajas se dan en la comodidad, ya sea de hablar en grupo o de hablar por medio telemáticos. Mientras que las puntuaciones más altas se dan en la medida de aversión, que en este caso es inversa. Estos resultados indican que si bien la terapia no les genera rechazo si les complica el hecho de relacionarse con otros.

**Figura 22:** Gráfico de las media de las *expectativas ante el tratamiento* en el grupo online y tradicional al inicio del tratamiento



Observando los resultados de la Tabla 67 es posible apreciar que al parecer la ciberterapia genera mayor expectativas exceptuando las preguntas que apuntan a su utilidad en otras situaciones así como su comodidad. Esta última pregunta refiere a la comodidad en la relación tradicional (cara a cara) versus la relación mediante medios cibernéticos.

También, se presenta la desviación estándar, que muestra una leve tendencia a una mayor variabilidad de resultados generales respecto a las expectativas ante la ciberterapia. En todo caso, los resultados respecto a medias y desviaciones típicas son meramente descriptivos (Tabla 67).

**Tabla 67:** Resultados descriptivos cuestionario de *Expectativas ante el Tratamiento*

Ítem	Grupo	N	Media	Desviación Típica
Me parece lógico	Tradicional	10	8,0000	2,30940
	Online	7	8,7143	1,88982
Me satisface	Tradicional	10	8,7000	1,56702
	Online	7	8,8571	2,03540
Lo recomendaría	Tradicional	10	8,7000	1,70294
	Online	7	9,0000	1,91485
Útil en otras situaciones	Tradicional	10	8,4000	2,17051
	Online	7	8,1429	1,77281
Útilidad	Tradicional	10	7,7000	1,76698
	Online	7	8,7143	1,97605
Aversión*	Tradicional	10	9,4000	1,89737
	Online	7	9,4286	,97590
Comodidad en la relación	Tradicional	10	7,5000	1,95789
	Online	7	6,8571	2,03540
Total expectativas	Tradicional	10	58,4000	9,83418
	Online	7	59,5714	10,17934

\* Pregunta en que se invierten los resultados, de modo que en este caso mayor puntuación menor aversión

Por otro lado, el grupo que recibió el tratamiento online respondió una pregunta específica respecto a sus expectativas ante el uso de nuevas tecnologías. Esta pregunta indagaba si se sentían capaces de manejar la tecnología, el ratón, el ordenador e internet. La Tabla 68 presenta los resultados descriptivos ante esta pregunta y nos señala que existe una gran variabilidad respecto a la capacidad auto-atribuida en el manejo de la tecnología. Igualmente impresiona la media de la puntuación 6,71, lo que implica que existe una tendencia hacia una atribución positiva respecto a la capacidad de manejo de la tecnología a pesar que el 28,5% de la muestra no tenía experiencia alguna con ordenadores. Es decir, los participantes se aproximan a la situación con una actitud positiva.

**Tabla 68:** Resultados descriptivos ante la *capacidad de manejar la tecnología*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típ.</b>
Seré capaz	7	4	10	6,71	2,215

Otra de las preguntas específicas respecto a las expectativas ante la ciberterapia se refirió al deseo de recibir el tratamiento en forma tradicional (cara a cara). La Tabla 69 nos presenta los resultados descriptivos de esta pregunta y su interpretación nos señala que existe una leve tendencia hacia preferir el tratamiento tradicional expresado en 0,43 puntos sobre cinco posibles. Asimismo existe una gran variabilidad en los resultados ya que su rango va de dos a nueve; variabilidad que debe ser investigada con mayor precisión.

**Tabla 69:** Resultados descriptivos ante la *preferencia por tratamiento tradicional*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típ.</b>
Preferencia	7	2	9	5,43	2,149

### ***Resultados inferenciales de las expectativas***

Después de valorar el cumplimiento de los criterios necesarios respecto normalidad y homogeneidad de las varianzas, para llevar el análisis a una mayor rigurosidad estadística, se realizó un análisis de medias mediante la Prueba  $\tau$  de *Student* para medidas independientes. Los resultados de la Prueba  $\tau$  nos señalan que no existen diferencias significativas en ninguno de los componentes de la escala de expectativas ante el tratamiento (Tabla 70).

En la Tabla 70 se presentan los resultados de una Prueba  $\tau$  entre el grupo tradicional y online en cuanto a las expectativas ante el tratamiento. Los resultados indican que los participantes no difieren significativamente en ninguna de las preguntas que componen la escala como tampoco en la escala de expectativas en su totalidad.

## **Análisis correlacionales de las expectativas**

Finalmente, para otorgarle un sentido más preciso a los resultados anteriores se realizó un análisis correlacional respecto a las expectativas señaladas y la experiencia en el uso de ordenadores. Este resultado nos permitiría estimar la relación entre la experiencia con la tecnología y las expectativas que se generan, correlación que puede guiar el proceso de implementación de ciberterapias. Los resultados se presentan en las Tablas 71 y 72.

**Tabla 70:** Resultados la prueba  $\tau$  entre las *expectativas ante el tratamiento*

	$\tau$	gl	Sig. (bilateral)
Me parece lógico	-,674	15	,511
Me satisface	-,180	15	,859
Lo recomendaría	-,340	15	,739
Útil en otras situaciones	,258	15	,800
Útil	-1,110	15	,284
Aversión*	-,036	15	,971
Comodidad en la relación**	,656	15	,522
Total expectativas	-,238	15	,815

\* Pregunta en que se invierten los resultados, de modo que en este caso mayor puntuación menor aversión.

\*\* Se incluye la valoración de expectativas de comodidad en la relación aunque no forma parte de la escala de expectativas.

Si bien existen correlaciones significativas, también existen aquellas que no llegan a la significación pero expresan una alta asociación. Las correlaciones significativas han sido resaltadas con asteriscos (\*) y las variables con “*gran*” correlación han sido resaltadas con negrita, siguiendo las sugerencias de Cohen (1988).

Las correlaciones indican una fuerte asociación entre una atribución de lógica al tratamiento con expectativas positivas. Mientras que la satisfacción se asocia fuertemente y casi en una correlación total con la tendencia a recomendar el tratamiento. Como era de suponer, el sentirse capaz de manejar la tecnología se asocia con atribuirle lógica al tratamiento y sentirse cómodo en relacionarse con otros mediante tecnología. Llama la atención que el manejo de la tecnología correlaciona de forma levemente inversa con la sensación de utilidad. Si bien no es un resultado significativo y más que ser una relación inversa pareciera ser una no asociación. Al parecer en ese punto se pondrían en juego expectativas en relación a la efectividad del tratamiento o la posible “*cura*” de la enfermedad.

**Tabla 71:** Correlaciones entre *expectativas y experiencia* con ordenadores

		Lógico	Satisface	Recomendaría	Útil otras	Útil	Aversión#	Comodidad
Lógico	<i>r</i> Sig	1						
Satisface	<i>r</i> Sig	<b>,638</b> ,123	1					
Recomendaría	<i>r</i> Sig	<b>,737</b> ,059	<b>,984(**)</b> ,000	1				
Útil otras	<i>r</i> Sig	<b>,910(**)</b> ,004	<b>,746</b> ,054	<b>,786(*)</b> ,036	1			
Útil	<i>r</i> Sig	<b>,599</b> ,155	<b>,983(**)</b> ,000	<b>,969(**)</b> ,000	<b>,727</b> ,064	1		
Aversión#	<i>r</i> Sig	<b>,800(*)</b> ,031	,455 ,304	<b>,535</b> ,216	<b>,826(*)</b> ,022	,420 ,348	1	
Comodidad	<i>r</i> Sig	<b>,551</b> ,200	,356 ,433	,385 ,394	,468 ,289	,278 ,546	,288 ,532	1
Manejo Tecnología	<i>r</i> Sig	<b>,535</b> ,216	,063 ,893	,157 ,736	,224 ,629	-,060 ,899	,220 ,635	<b>,729</b> ,063
Preferencia tradicional	<i>r</i> Sig	,404 ,368	,131 ,780	,121 ,795	<b>,550</b> ,201	,073 ,877	<b>,613</b> ,143	<b>,623</b> ,133

# Pregunta en que se invierten los resultados, de modo que en este caso mayor puntuación menor

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Finalmente, la preferencia por la terapia tradicional se asocia a la percepción de utilidad del tratamiento para otras circunstancias, la medida de aversión y la comodidad, así como con la medida de expectativa en general; es decir, se asocia con elementos positivos de la ciberterapia.

### ***Valoración de la escala de expectativas una vez transcurridos nueve meses***

En la finalización del tratamiento, tampoco se hallaron diferencias significativas respecto a las preguntas de la escala de expectativas (esta vez planteadas como evaluación de la

experiencia). Asimismo, tampoco hubo diferencias en la escala total (Tabla 73). En esta ocasión se utilizó la Prueba  $\mu$  de *Mann-Whitney* debido a que no se cumplían los supuestos para utilizar estadística paramétrica.

**Tabla 72:** Correlaciones entre expectativas y experiencia con ordenadores

		Total Expectativas	Total e-Expectativa	Preferencia tradicional
Lógico	r	<b>,907(**)</b>	<b>,920(**)</b>	,404
	Sig	,005	,003	,368
Satisface	r	<b>,798(*)</b>	<b>,881(**)</b>	,131
	Sig	,032	,009	,780
Recomendaría	r	<b>,842(*)</b>	<b>,932(**)</b>	,121
	Sig	,017	,002	,795
Útil otras	r	<b>,910(**)</b>	<b>,909(**)</b>	<b>,550</b>
	Sig	,004	,005	,201
Útil	r	<b>,740</b>	<b>,838(*)</b>	,073
	Sig	,057	,019	,877
Aversión***	r	<b>,729</b>	<b>,709</b>	<b>,613</b>
	Sig	,063	,074	,143
Comodidad	r	<b>,732</b>	<b>,568</b>	<b>,626</b>
	Sig	,061	,184	,133
Manejo Tecnología	r	,492	,408	,240
	Sig	,263	,364	,604
Preferencia tradicional	r	<b>,554</b>	,449	1
	Sig	,368	,780	
Total Expectativas	r	1	<b>,965(**)</b>	<b>,554</b>
	Sig		,000	,197
Total e-Expectativa	r		1	,345
	Sig			,449

\*\*\* Pregunta en que se invierten los resultados, de modo que en este caso mayor puntuación menor

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

En síntesis los resultados inferenciales de la comparativa de las expectativas o satisfacción de los usuarios indican que estas no difieren ni al inicio ni al finalizar la intervención.

**Tabla 73:** Resultados la prueba  $\mu$  de Mann-Whitney para la *satisfacción con los tratamiento*

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon <i>W</i>	Z	Sig.
Me parece lógico	18,500	54,500	-,298	,833
Me satisface	18,500	54,500	-,298	,833
Lo recomendaría	18,500	54,500	-,298	,833
Útil en otras situaciones	12,500	48,500	-1,254	,284
Útil	17,000	53,000	-,466	,724
Aversión*	16,000	31,000	-1,265	,622
Total expectativas	12,500	48,500	-1,136	,284

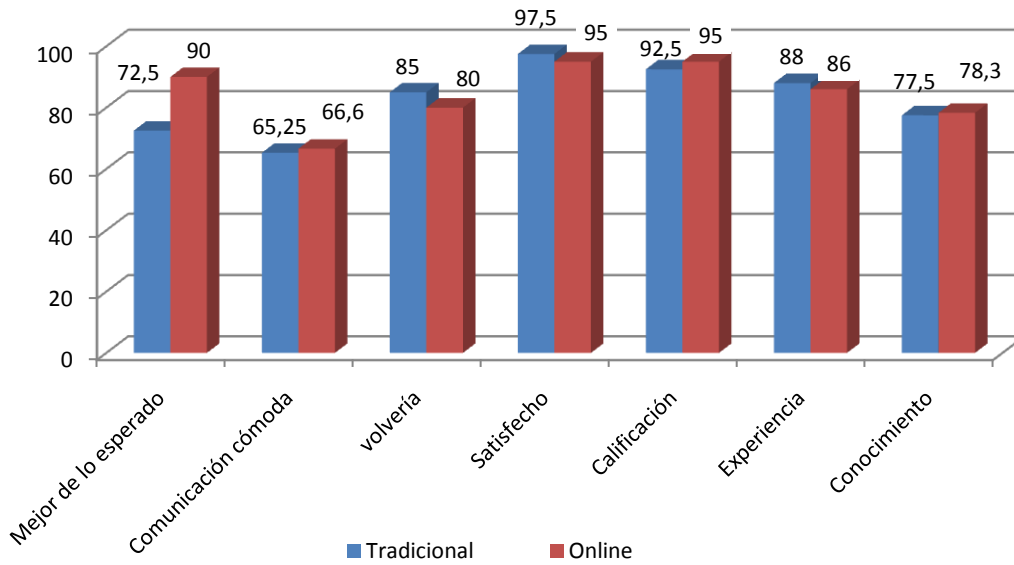
\* Pregunta en que se invierten los resultados, de modo que en este caso mayor puntuación menor aversión.

### ***Satisfacción con la intervención***

En la Figura 23 se presentan preguntas específicas que se realizaron para valorar la satisfacción con la intervención. En ella es posible observar algunas preguntas en donde el tratamiento online es más satisfactorio que el tradicional. Es el caso de *mejor de lo esperado*; *favorece una comunicación cómoda*; obtiene una *mayor calificación general* y entregaría algo más de *conocimientos*. En contrapartida, el tratamiento tradicional supera al online en la valoración de: *volver a recibir la intervención*; *satisfacción general*; y *calificación de la experiencia*.

Se debe destacar que las diferencias entre uno y otro no parecen ser importantes, salvo en la pregunta “...*fue mejor de lo que esperaba...*”, en la que el tratamiento online supera las expectativas que se había formulado en un inicio. Por otro lado, la *Comodidad de la comunicación* una vez transcurrido nueve mese difirió significativamente, indicando que la comunicación online fue mejor valorada que la comunicación tradicional grupal ( $\mu = 7,000$ ,  $W = 28,000$ ,  $Z = -2,358$ ,  $\rho = ,029$ ).

**Figura 23:** Medias de las preguntas de *satisfacción con la intervención* comparadas entre ambos tratamientos

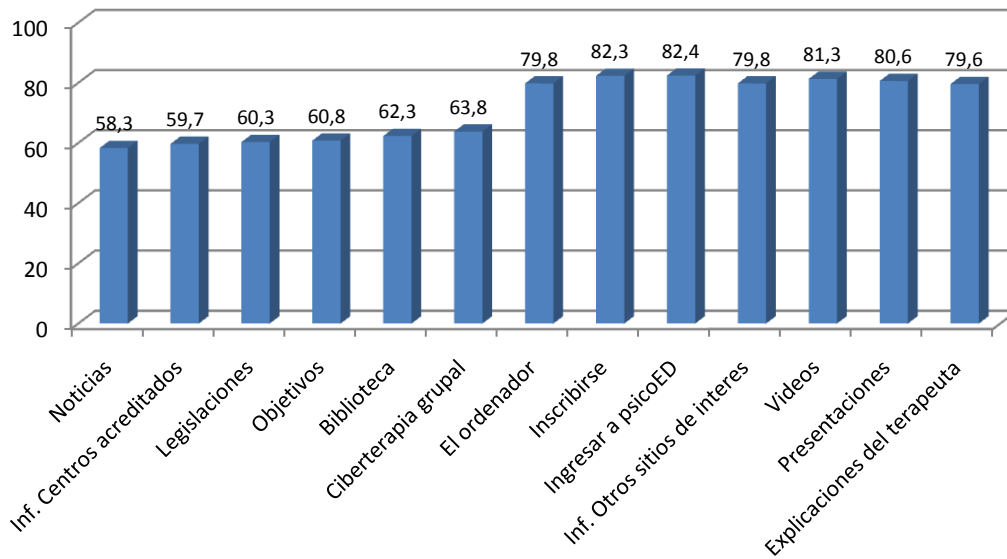


También, se formularon preguntas específicas en cuanto a utilidad y dificultad. Así, en el tratamiento tradicional, lo valorado por los participantes como menos útil fue el librito de información que se entregó. Mientras, lo más valorado fueron las explicaciones de los terapeutas, las aportaciones de otros familiares y la sesión en donde participó la trabajadora social.

En el grupo online (Figura 24) las valoraciones más bajas rondaron una utilidad del 60% y se referían a: las noticias; los recursos generales (centros acreditados); legislaciones; el apartado de objetivos; la biblioteca y la ciberterapia grupal. Mientras, lo más útil, con una aprobación de 80% fue, el ordenador; inscribirse en *psicoED*; ingresar a *psicoED*; los recursos generales como otros sitios de interés; videos; presentaciones y las explicaciones del terapeuta.



Figura 24: Recursos y contenidos más y menor útiles de la plataforma *psicoED*



## Usabilidad y calidad

Como se observa en la Figura 25, lo más fácil para los participantes del grupo tradicional fue el informarse, mientras que los menos fácil fue el llegar al centro, el horario y el hablar en grupo<sup>57</sup>.

En la Figura 26 se observan las opiniones de usabilidad de los participantes del grupo online. En ella se observa que lo más difícil fue el uso del ordenador; la inscripción y el participar y revisar el foro de familias. Mientras que lo fácil sólo alcanzó alrededor de un 70% y fue ingresar a *psicoED*, acceder a la ciberterapia individual; participar en la ciberterapia individual, el horario de las sesiones y el informarse<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> Si bien en las figuras aparecen las gráficas en puntuación positiva (+) y negativas (-); esto se ha hecho sólo con la intención de presentar de modo gráfico las puntuaciones más altas y bajas en cuanto a usabilidad.

<sup>58</sup> Si bien en las figuras aparecen las gráficas en puntuación positiva (+) y negativas (-); esto se ha hecho sólo con la intención de presentar de modo gráfico las puntuaciones más altas y bajas en cuanto a usabilidad.

Figura 25: Aspectos calificados como fáciles y difíciles por el grupo que asistió al tratamiento tradicional

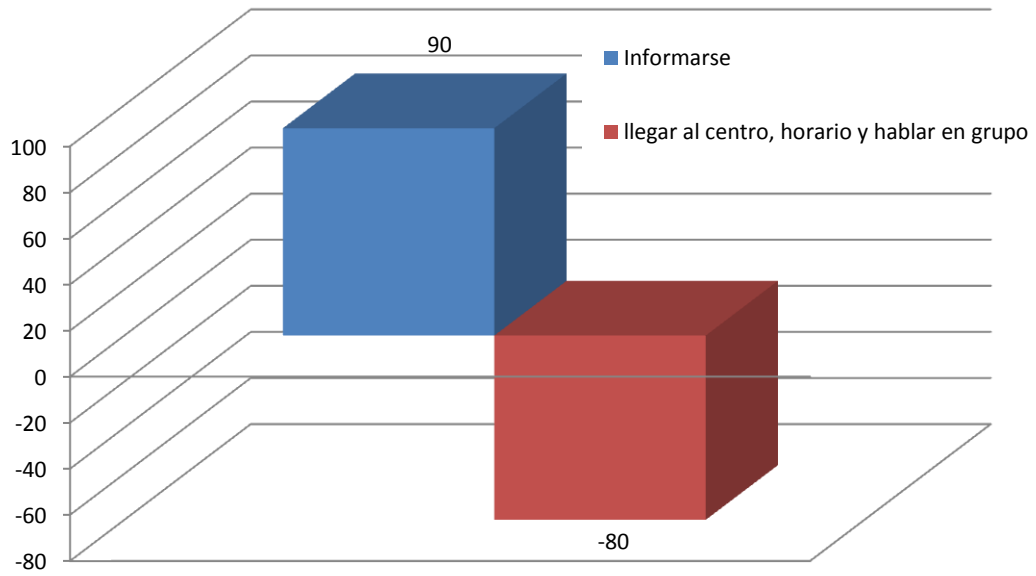
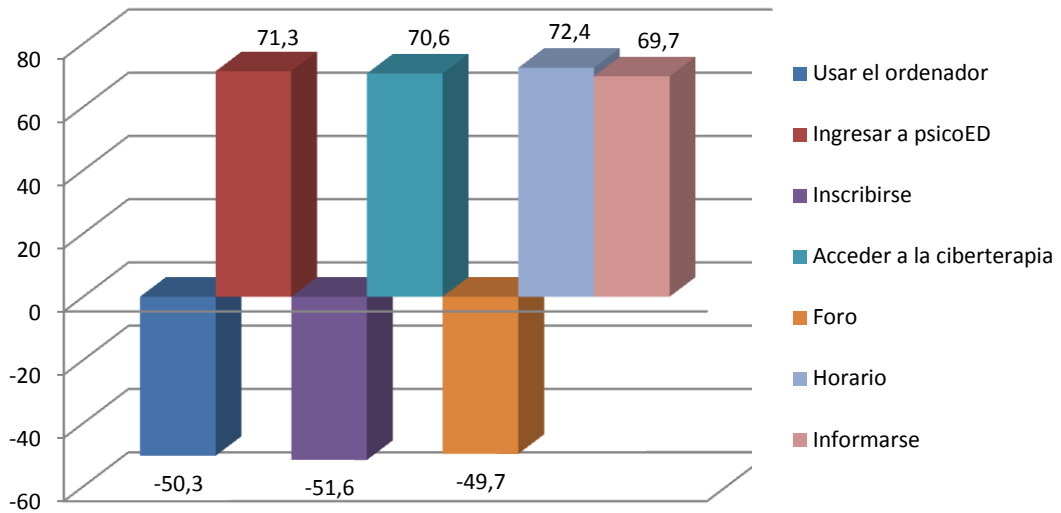


Figura 26: Opiniones en cuanto a la usabilidad más alta y más baja



### Calidad de sonido e imagen

El terapeuta online calificó un promedio de calidad de sonido e imagen de cinco puntos sobre diez, con un rango que fue desde el cero hasta los diez puntos de calidad. Por otro lado,

si bien los usuarios no realizaron una calificación de la calidad de imagen y sonido, si se registraron las menciones tanto positivas como negativas que realizaban espontáneamente respecto a la plataforma.

En cuanto a las menciones negativas, estas se referían a: el ordenador; inscripción en *psicoED*; ingresar a *psicoED*; Navegar por *psicoED*; noticias que se publican; ciberterapia grupal; y la calidad de internet. Dentro de estos aspectos el peor y más frecuentemente evaluado negativamente fueron las menciones respecto las dificultades ante el ordenador y a ingresar a *psicoED*.

En cuanto a las menciones positivas, estas se refirieron a las guías de apoyo; los otros sitios de interés (video); la biblioteca y sus documentos; las consultas al experto; el foro de familias; la ciberterapia individual; el chat y la posibilidad de escribir durante una ciberterapia; los videos; las presentaciones; la ciberterapia *offline (mails)*. Dentro de estos elementos aquellos con mayor cantidad de menciones positivas fueron la ciberterapia individual y la ciberterapia *offline*.

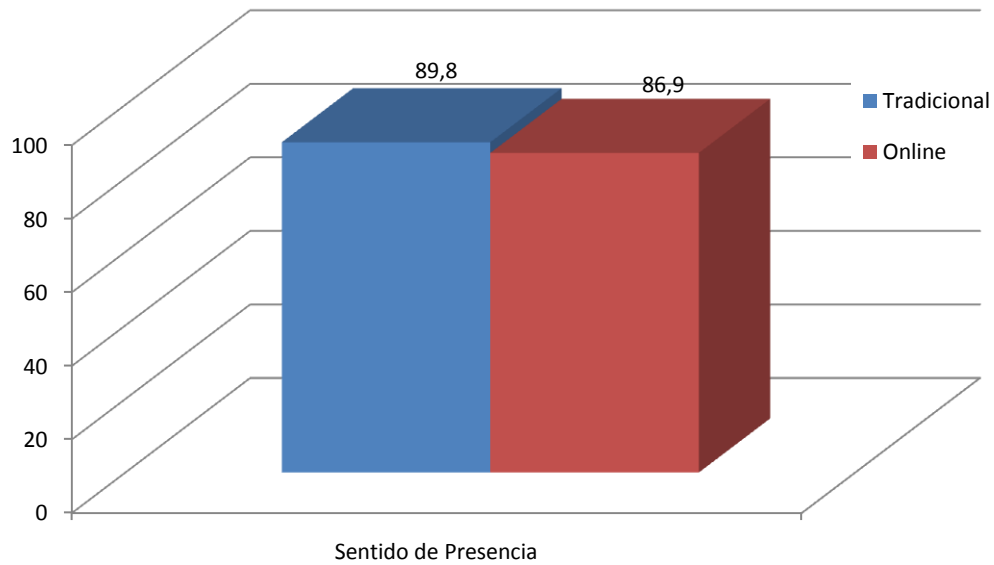
### ***Sentido de presencia***

El sentido de presencia es un elemento que puede permitir estimar el potencial de profundidad al que puede llegar una sesión mediante ciberterapia. En este caso, el tratamiento *psicoED* alcanzó el 86% de la puntuación total. Los elementos mejor valorados en cuanto a presencia de *psicoED* fueron: el sentirse comprendidos en *psicoED*; la calidez y afecto que hallaron en la plataforma; creer que *psicoED* es un apoyo y tener una mejor impresión que antes sobre las tecnologías.

Las áreas menos valoradas (aunque igualmente con un 70% de la puntuación total) fueron: *el conversar en psicoED es como hacerlo cara a cara; al conversar en psicoED sentí como si estuviéramos en la misma habitación; y siento un compromiso o ligazón con psicoED.*

Finalmente, en la Figura 27 se presentan las medias de ambos grupos en las medidas de presencia. En ella se observa que las diferencias descriptivas entre los resultados de uno y otro tratamiento son menores, ya que el grupo tradicional obtuvo un 89,8% de la medida de presencia y el grupo online un 86,9%.

Figura 27: Medias de comparación del *sentido de presencia* en el grupo online y tradicional



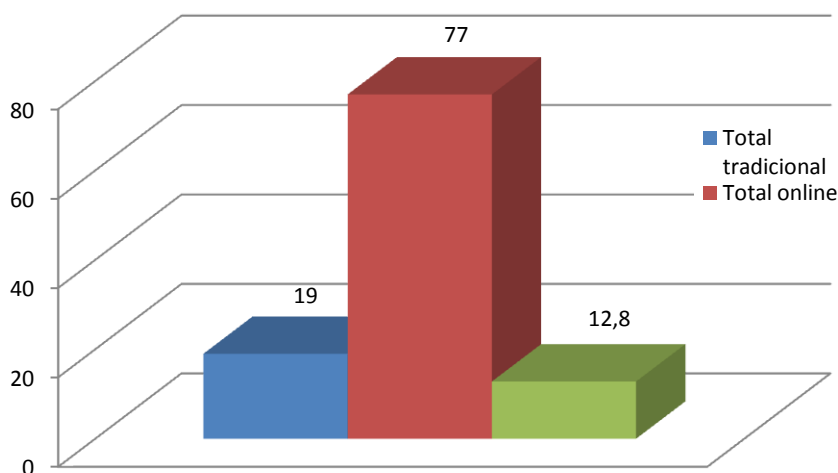
### ***Comparación de sesiones y asistencia***

A continuación se señalan algunos datos que apuntan a la comparativa de sesiones y el uso del tiempo por parte del terapeuta. Para ello se comparan la cantidad de sesiones en cada uno de los formatos de tratamiento. Posteriormente, se aborda la asistencia a las sesiones. A partir de ello, se resumen el uso del tiempo por parte del profesional en cada uno de los grupos experimentales para finalizar con una mención al uso del teléfono.

### ***Sesiones y correo electrónico***

En cuanto a la cantidad de sesiones, el grupo tradicional recibió un total de 19 sesiones grupales con frecuencia quincenal. Considerando como sesiones sólo los contactos sincrónicos, el grupo online recibió un total de 77 sesiones casi todas ellas en formato individual y con una frecuencia adaptada a las necesidades de la familia. Así, cada usuario online en promedio recibió un total de 12,8 sesiones, con un rango de entre tres y diecinueve (Figura 28). Se debe señalar que en tres sesiones online (3,9%), hubo una descoordinación o imprevisto que produjo inasistencia.

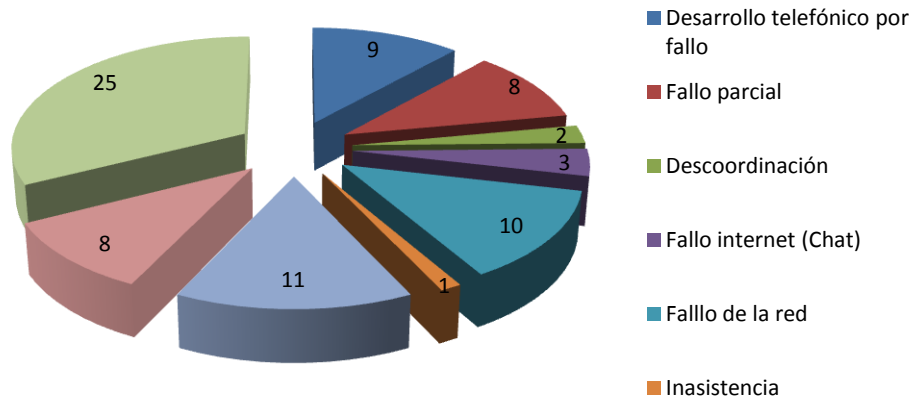
Figura 28: Cantidad de sesiones en cada uno de los grupos



En cuanto a *psicoED*, se debe señalar que hubo sesiones fallidas o que contuvieron fallos importantes que entorpecieron su realización, 15.6% tuvieron fallos importantes que impidieron desarrollar el trabajo planificado. Estos fallos fueron clasificados en cinco categorías: **fallos debido a la red; debido a descoordinación; fallos en la página web de *psicoED*; problemas de hardware; olvidos** (Figura 29). Ante estos fallos, sólo hubo doce sesiones que tuvieron grandes limitaciones (aquellas con fallos de coordinación o por olvidos) y nueve sesiones (11,7%), que no pudieron realizarse por caídas de la página web.

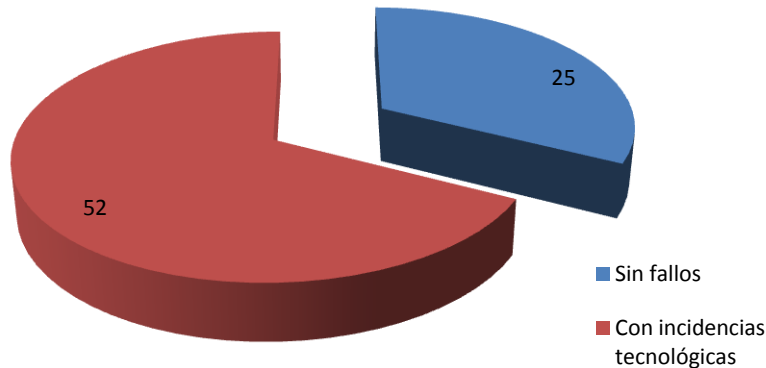
En todas las sesiones con fallos se utilizó intensivamente el teléfono, y se considera que en ocho de ellas (10,4%), el teléfono fue la vía principal por la que se realizó la sesión. Asimismo, en tres ocasiones (3,9%), el medio por el que se realizó la sesión fue el chat debido al mal desempeño de la red de internet. Una síntesis de esta clasificación de las sesiones se encuentra en la Figura 30. Se debe señalar que las nueve sesiones (11.7%), denominadas Desarrollo telefónico por fallo, indican que el fallo en la conexión era tal que la sesión fue desarrollada telefónicamente. Mientras que las ocho (10,4%), en donde se indica fallo parcial, apuntan a que si bien hubo un uso de internet, el medio más utilizado fue nuevamente el teléfono. Estos dos datos indican que el 22,1% de las sesiones (17), fueron desarrolladas con un uso privilegiado del teléfono sobre internet. Por otro lado, hubo fallos en internet que llevaron a que las sesiones fuesen desarrolladas utilizando el chat (2 o 2,6%).

**Figura 29:** *Eventos tecnológicos entre las sesiones de videoconferencias en la plataforma psicoED*



En resumen, se puede decir que 52 sesiones (67,5%), tuvo algún tipo de incidencia tecnológica; y que 25 (32,5%), se desarrollaron sin dificultad de este tipo (Figura 30).

**Figura 30:** *Síntesis de las sesiones de videoconferencias en la plataforma psicoED*



### ***Sesiones unifamiliares cara a cara***

Las sesiones cara a cara son aquellas que no forman parte del protocolo psicoeducativo ya que se producen por demanda de las familias o por estimación de los terapeutas. Es decir, una sesión unifamiliar cara a cara se producía cuando una familia manifestaba la necesidad de tratar un tema de forma privada, o cuando un terapeuta observaba la necesidad de intervenir de esta forma. En el grupo tradicional, el total fue 13 sesiones cara a cara, lo que arroja un promedio de 0,60 sesiones cara a cara por cada sesión grupal, en un rango que va desde ninguna sesión cara a cara por encuentro grupal hasta tres pro familia. Esto revela que existen

personas que no requirieron intervención mientras que otros solicitaron más frecuentemente la alternativa; llevando al equipo de psicoeducación a realizar al menos una sesión unifamiliar no programada al mes.

Mientras, en el grupo online se realizaron un promedio de 0,1 sesión cara a cara por cada una de las sesiones online, siendo el mínimo ninguna sesión y el máximo tres sesiones a lo largo del período de estudio.

### ***Uso del correo electrónico***

Un punto diferencial de las sesiones online es el uso del correo electrónico por parte de los usuarios de *psicoED*. Estos intercambios pueden traducirse en conversaciones profundas y efectivas entre terapeuta y usuario. Así, como promedio se enviaron 0,8 correos electrónicos entre cada sesión, llegando a un total de 58 intercambios vía mail. El envío de correos entre sesiones tuvo un rango desde ningún correo hasta 12 correos. Si se consideran estos datos, los correos electrónicos aumentarían la cantidad de sesiones a un promedio de 22,5 sesiones por participante, es decir, un 18% más de intercambios que los contactos del grupo tradicional.

### ***Llamadas telefónicas***

En el tratamiento tradicional el uso del teléfono es discreto y se reduce a un rol de coordinación y posible contacto en crisis. En promedio, para cada sesión se realizaron una media de 13,6 llamadas telefónicas, al menos una a cada familiar; con un rango que va desde ocho hasta 40 llamadas por cada sesión grupal. En este caso se registran tanto las llamadas efectivas (en las cuales se produjo el contacto) como aquellas fallidas (en las cuales no se pudo contactar a la persona).

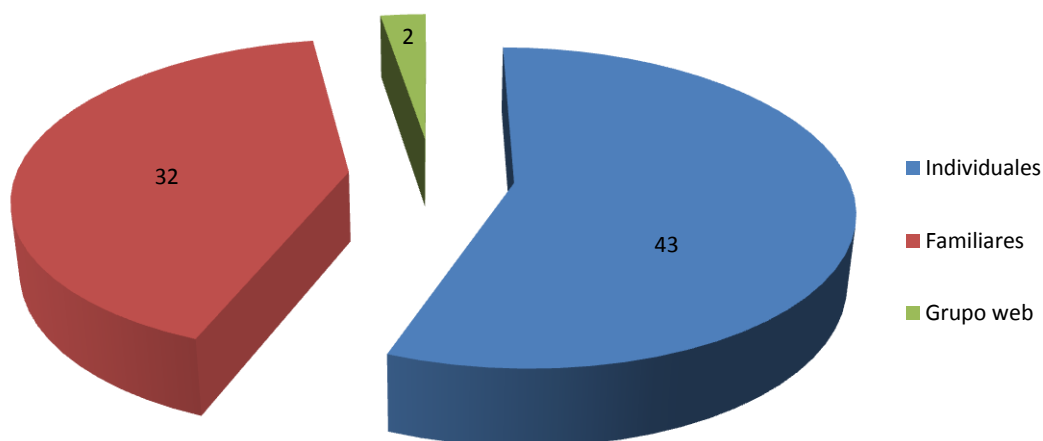
A diferencia del tratamiento tradicional, en el tratamiento online y a distancia el uso del teléfono tiene mayor uso. No sólo se utiliza en momentos de crisis o de fallos informáticos, sino que se utiliza para aumentar la frecuencia de contactos y hasta desarrollar una sesión de psicoeducación propiamente dicha. El promedio de llamadas telefónicas fue de 2,3, con un rango de tres a nueve llamadas entre cada sesión por cada uno de los usuarios. Si se descuentan las llamadas realizadas en relación con la convocatoria a una sesión, los contactos telefónicos con fines terapéuticos alcanzaron un total de 93, alcanzando una media de 15

contactos telefónicos por cada usuario a lo largo de los nueve meses de tratamiento. Esto aumenta aún más la cantidad de contactos de los ciber-usuarios con el ciberterapeuta, llegando a más de 30.

### ***Asistencia***

En cuanto a la asistencia, en el grupo tradicional el rango de asistencia promedio fue de entre seis y siete participantes, con un rango desde 3 a 12 asistentes. La asistencia fue bajando a medida que avanzaba el trabajo grupal. Mientras, en el grupo online, al ser un tratamiento fundamentalmente unifamiliares la mayor parte de las sesiones contaron con un asistente, aunque se debe señalar que se realizaron dos sesiones grupales en la web (dos personas conectadas a *psicoED* desde sus propios domicilios), y 32 sesiones en la que al menos dos miembros de la familia se comunicaron a través de videoconferencia (Figura 31); siendo el promedio de asistencia a las sesiones de 1,3 personas. Se debe señalar que sólo hubo 3 inasistencias.

**Figura 31:** Tipo de sesiones realizadas en *psicoED*

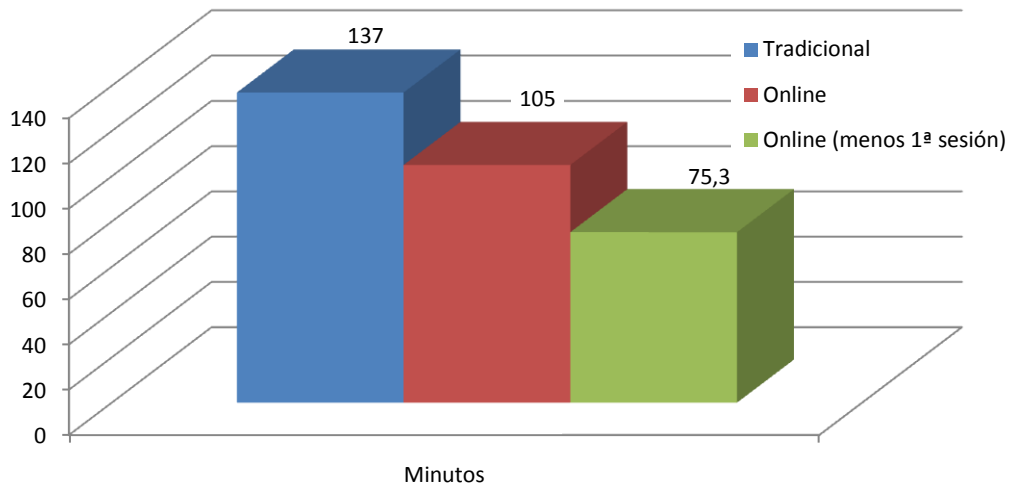


### ***Duración de las sesiones y demanda de tiempo profesional***

Un aspecto interesante a determinar fue el tiempo que dedica el terapeuta en cada una de las intervenciones. Así, en la Figura 32 se observa la duración promedio en minutos de las sesiones tradicionales y las online.



**Figura 32:** Comparación de la *duración promedio de las sesiones* y su preparación en las intervenciones online y tradicional



En el tratamiento tradicional la duración promedio de las sesiones fue de 80 minutos (Una hora y veinte), con un rango desde los 70 minutos hasta los 105. Ahora si agregamos a este tiempo, el destinado a la preparación y convocatoria de las sesiones, la demanda de tiempo para el profesional por sesión fue de dos horas y cuarto (137 minutos), con un rango desde los 95 a los 255 minutos. Finalmente, si se incluyen las sesiones unifamiliares que hubo que realizar, la demanda de tiempo por sesión aumenta a 177 minutos (casi tres horas).

En cuanto al tratamiento online, el promedio de la duración de las sesiones online fue de 54 minutos, con un rango desde los 15 a los 100 minutos. El tiempo destinado a la programación y de cada sesión fue de 105 minutos, con un rango desde los 30 hasta los 585 minutos. Al respecto, cabe señalar que en este caso las sesiones iniciales consideran el tiempo que utilizó el terapeuta para trasladarse a cada uno de los domicilios y realizar la primera sesión de presentación de la plataforma.

De este modo, la duración de las primeras sesiones muchas veces está determinada por la distancia que existía entre el lugar de trabajo del profesional con el domicilio de la familia. Si se eliminan las primeras sesiones en las cuales se realizaron las sesiones cara a cara en domicilios, el tiempo destinado por terapeuta en cada sesión es de 75,3 minutos. Hay que señalar que la preparación de la sesión incluye todas las tareas relacionadas con la gestión y desarrollo de las sesiones, entre las que se encuentran: programación y disposición de material;

coordinación con los participantes; contactos telefónicos; respuesta a preguntas; envío de e-mails, etc.

### ***Alianza terapéutica de los usuarios***

El análisis de los resultados de la alianza terapéutica en los usuarios comienza con un examen de la fiabilidad del instrumento. En seguida se presentan los resultados descriptivos y finalmente se entregan los resultados inferenciales que permiten comparar los resultados del grupo tradicional y online, así como entre terapéuticas y usuarios.

### ***Fiabilidad del instrumento de valoración de alianza de trabajo entre usuarios***

La fiabilidad de la escala WAI para usuarios en su aplicación tradicional fue de  $\alpha$  de Cronbach de 0,857. Su aplicación Online alcanzó un  $\alpha$  de Cronbach de 0,918. Durante las primeras sesiones los resultados fueron: Tradicional 0,893, Online 0,943; segunda sesión: Tradicional 0,540; Online: 0,948; Tercera sesión tradicional: 0,766; Online: 0,673. Sesión final tradicional: 0,670; Online: 0,972.

### ***Resultados descriptivos de la alianza de trabajo en los usuarios***

A continuación se presentan algunos resultados descriptivos en las que se comparan las medias del grupo online y tradicional. En la Figura 33 es posible seguir el comportamiento de la alianza de trabajo a lo largo de las primeras tres sesiones y a continuación de nueve meses de tratamiento. Esta Figura nos indica que al parecer no existen muchas diferencias en el desempeño de una u otra alianza. Salvo en la segunda sesión en donde el grupo tradicional aumenta, pero este aumento cae en la tercera sesión equilibrándose con la tendencia del grupo online.

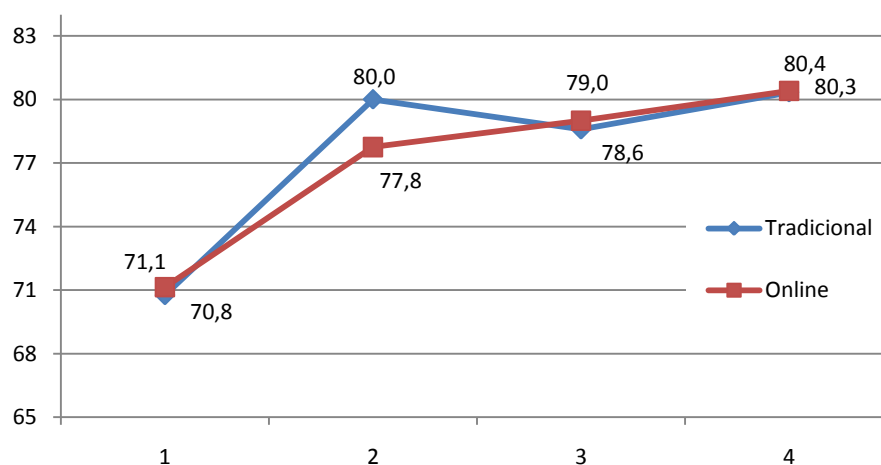
En ambos casos se observa que el mayor salto en la valoración de la alianza de trabajo se observa entre la primera y segunda sesión, fenómeno que se repite también en cada una de las dimensiones que a continuación se analizan.

En la Figura 34 se representa la trayectoria de una de las dimensiones de la alianza de trabajo, las tareas. Nuevamente no se observan grandes diferencias en la evolución de una u otra valoración de las tareas del trabajo psicoterapéutico, salvo que la alianza online tiende a

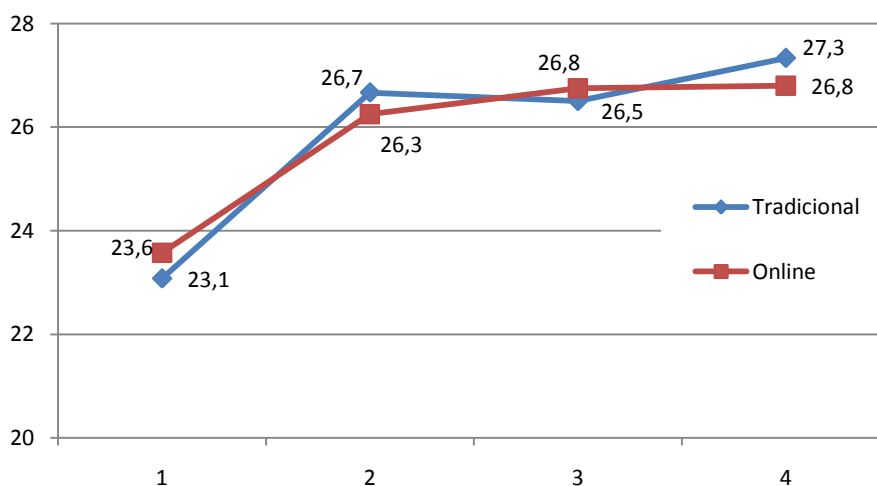
una parábola mientras que la trayectoria del grupo online va de saltos en la sesiones dos y última.

En la Figura 35 es posible observar la gráfica de una de las dimensiones de la alianza de trabajo, en este caso el vínculo. Se observan algunas diferencias, como por ejemplo, el nivel de base de cada uno de los grupos es diferentes ya que la el grupo tradicional tiende a puntuar en un nivel algo superior que los participantes online. Este efecto puede ser atribuido al contacto “cara a cara” que permanece hasta la tercera sesión.

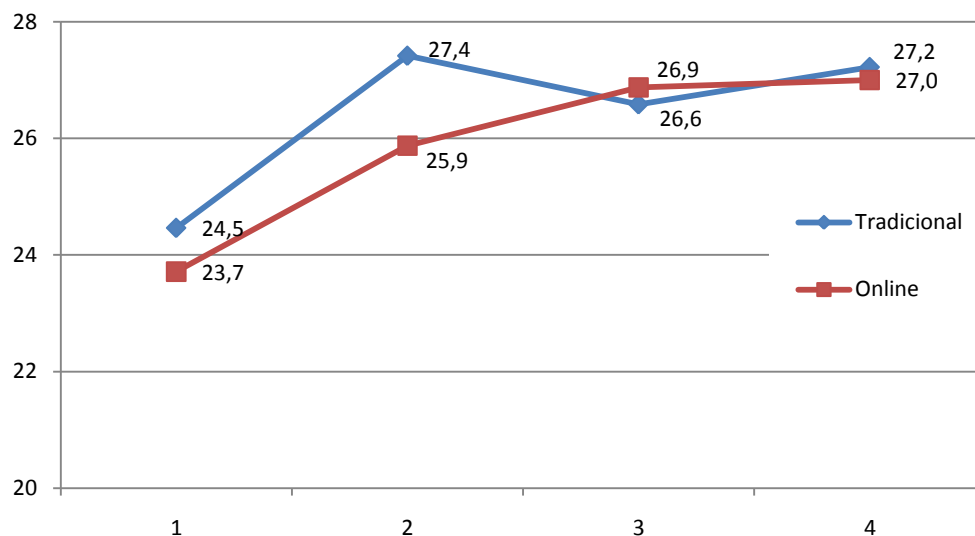
**Figura 33:** Trayectoria de la *alianza de trabajo* a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo



**Figura 34:** Trayectoria de la *dimensión de tareas de la alianza de trabajo* a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo



**Figura 35:** Trayectoria de la *dimensión de vínculo de la alianza de trabajo* a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo



Al igual que en las anteriores Figuras, nuevamente se produce la trayectoria en parábola de las medias del grupo online a diferencia del grupo tradicional que va en salto y retrocesos.

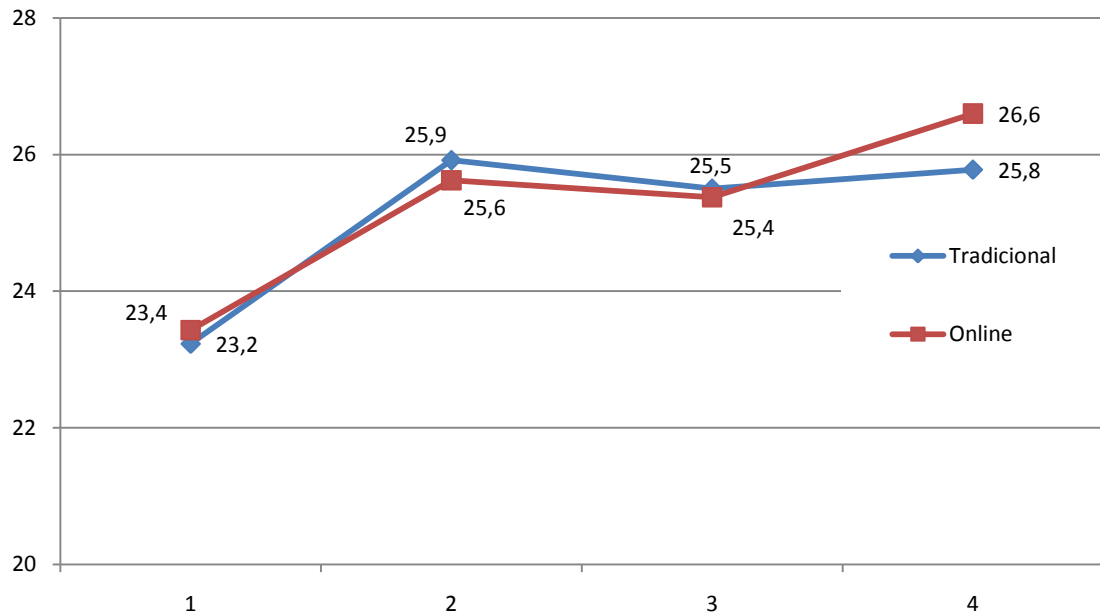
En la Figura 36 se observan las trayectorias respecto a la dimensión metas de la alianza de trabajo, tanto en el grupo tradicional como online y a lo largo de las cuatro mediciones (primeras tres sesiones y sesión al noveno mes de tratamiento).

En este caso ambas trayectorias son similares y comparten el estilo discontinuo con aumento y descensos en las puntuaciones. Esta vez sólo llama la atención una leve primacía de la puntuación en el grupo online sobre la del grupo tradicional durante la última sesión valorada.

En síntesis las Figuras descritas anteriormente apuntan a que no existirían mayores diferencias en cuanto a la alianza de trabajo, salvo algunos fenómenos tales como: una mayor puntuación inicial en las primeras dos sesiones en el grupo tradicional; y una distribución en parábola en el grupo online a diferencia de la discontinuidad del grupo tradicional. Para explorar estos resultados, a continuación se desarrolla un análisis inferencial.

Se debe señalar que la mortalidad en la terapia en el grupo tradicional fue de 18, 1% (3 familias); mientras que en el grupo online se considera que no hubo deserciones.

**Figura 36:** Trayectoria de la *dimensión de metas de la alianza de trabajo* a lo largo de las cuatro mediciones expresada en medias por grupo



### ***Análisis inferencial de la alianza de trabajo de los usuarios***

Los siguientes análisis abordan desde un punto de vista inferencial la comparación entre las mediciones de alianza de trabajo online como tradicional. Para ello se realiza un análisis de cada uno de los cuatro momentos valorados: primera sesión, segunda, tercera y al noveno mes de tratamiento.

Las pruebas utilizadas dependen del tipo de distribución de los datos, por lo que se utiliza estadística paramétrica (Prueba  $t$  de Student) y no paramétrica ( $\mu$  de Mann Whitney).

#### **Alianza de trabajo durante la primera sesión**

Las Tablas 74 y 75 relatan los estadísticos que resultan al aplicar una Prueba  $t$  o una Prueba  $\mu$  de Mann Whitney (según corresponda al tipo de distribución de los datos); para identificar si el grupo online y tradicional difieren en sus valoraciones respecto a la alianza de trabajo a lo largo de la primera sesión. En las Figuras descriptivas se había observado una mayor puntuación inicial en el grupo tradicional, sobre todo en la dimensión vínculo. A pesar de ello los resultados que se observan en las Tablas 74 y 75 nos indican que no existen

diferencias significativas en ninguna dimensión, ni en la escala en su totalidad o formatos de tratamiento psicoeducativo.

**Tabla 74:** Prueba  $\tau$  para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* durante la primera sesión

	$\tau$	gl	Sig.
Tareas	-,269	18	,791
Metas	-,094	11,696	,927

**Tabla 75:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* durante la primera sesión

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Total	39,500	130,500	-,477	,643
Vínculo	40,000	68,000	-,441	,699

### Alianza de trabajo durante la segunda sesión

En la Tabla 76 se observan los resultados de la Prueba  $\mu$  de Mann Whitney que compara las puntuaciones en la alianza de trabajo durante la segunda sesión de los tratamientos psicoeducativos online y tradicional. En este caso, nuevamente no se observan diferencias significativas, es decir, de momento los participantes logran establecer una alianza de trabajo similar tanto en el contexto tradicional como online.

**Tabla 76:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* durante la segunda sesión

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Total	42,500	78,500	-,435	,678
Vínculo	26,000	62,000	-1,993	,098
Tarea	47,000	83,000	-,087	,970
Metas	47,000	125,000	-,083	,970

### Alianza de trabajo durante la tercera sesión

En las Tablas 77 y 78 se encuentran los resultados para la comparación de la alianza de trabajo durante la tercera sesión; en este caso tampoco se observan diferencias significativas.

**Tabla 77:** Prueba  $\tau$  para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* durante la tercera sesión

	$\tau$	gl	Sig.
Total	-,148	18	,884

**Tabla 78:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* durante la tercera sesión

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Vínculo	46,000	82,000	-,174	,910
Tarea	44,000	122,000	-,339	,792
Metas	42,000	120,000	-,486	,678

### Alianza de trabajo a los nueve meses de tratamiento

A continuación se presentan los resultados de la comparación de las alianzas de trabajo posterior a nueve meses de tratamientos psicoeducativos en formato online y tradicional. Como se observa, tampoco existen diferencias significativas posterior al todo el tiempo transcurrido (Tablas 79 y 80).

**Tabla 79:** Prueba  $\tau$  para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* posterior a nueve meses

	$\tau$	gl	Sig.
Total	-,026	12	,980
Metas	-,703	12	,495

A modo de síntesis, los resultados indican que no existen diferencias significativas en la alianza de trabajo en ninguno de los momentos evaluados, al inicio del tratamiento y posterior a nueve meses. Solamente es posible identificar algunos elementos descriptivos como la mayor puntuación al inicio del tratamiento a favor del tratamiento tradicional; una distribución cercana a una parábola en el grupo online, y una distribución discontinua en las dimensiones del grupo tradicional.

**Tabla 80:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para el grupo control y online en cuanto a la *alianza de trabajo* posterior a nueve meses

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Vínculo	19,000	64,000	-,547	,699
Tarea	19,500	34,500	-,468	,699

### ***Alianza de trabajo desde la perspectiva de los terapeutas***

Los siguientes resultados se refieren a la alianza de trabajo de los terapeutas involucrados en el estudio. Concretamente, han sido divididos según el tipo de tratamiento que desarrollaron: online o cara a cara.

El desarrollo de los resultados comienza con una breve mención a la confiabilidad que alcanzó el instrumento en ambas situaciones. A continuación se abordan los resultados descriptivos, fundamentalmente la presentación de las medias y la trayectoria de la alianza de trabajo a lo largo de cuatro mediciones realizadas: durante las tres primeras sesiones y una vez transcurridos nueve meses de tratamientos. Cada uno de estos resultados descriptivos aborda la escala de alianza de trabajo como medida total así como las tres dimensiones que componen la medida: metas, vínculo y tareas. En este caso no se desarrolla un análisis inferencial, ya que en la situación tradicional la muestra de medidas de alianza de trabajo son igual a una por sesión.

Los resultados que siguen a continuación, complementados con otros resultados en cuanto a alianza de trabajo, permiten abordar a la duda fundamental a la que se siguen enfrentando las ciberterapias, si el entorno web permite el desarrollo de un vínculo terapéutico que posibilite el trabajo psicológico.



### ***Confiabilidad de la medida de alianza de trabajo entre terapeutas***

El promedio de los resultados de la valoración de la alianza en la situación online, es decir de sus cuatro aplicaciones arroja un resultado de 0,703, lo que indica una fiabilidad aceptable del instrumento. Se debe destacar que la dimensión con mayor fiabilidad fue la del vínculo con un 0,844  $\alpha$  de Cronbach. Por otra parte, la aplicación de la escala de alianza de trabajo entre los terapeutas en la situación tradicional alcanzó una confiabilidad en las cuatro aplicaciones de un alfa de 0,845, que indica una alta confiabilidad del instrumento.

Los resultados anteriores nos señalan que el instrumento puede ser útil para valorar alianza de trabajos en ambos contextos, pero surge la duda en cuanto a las diferencias observadas. Si bien no son fundamentales, pueden estar apuntando a que existan elementos de la situación online que no son manifestados en este instrumento, que ha sido diseñado para el tratamiento psicoterapéutico cara a cara.

### ***Resultados descriptivos de la alianza de trabajo de los terapeutas***

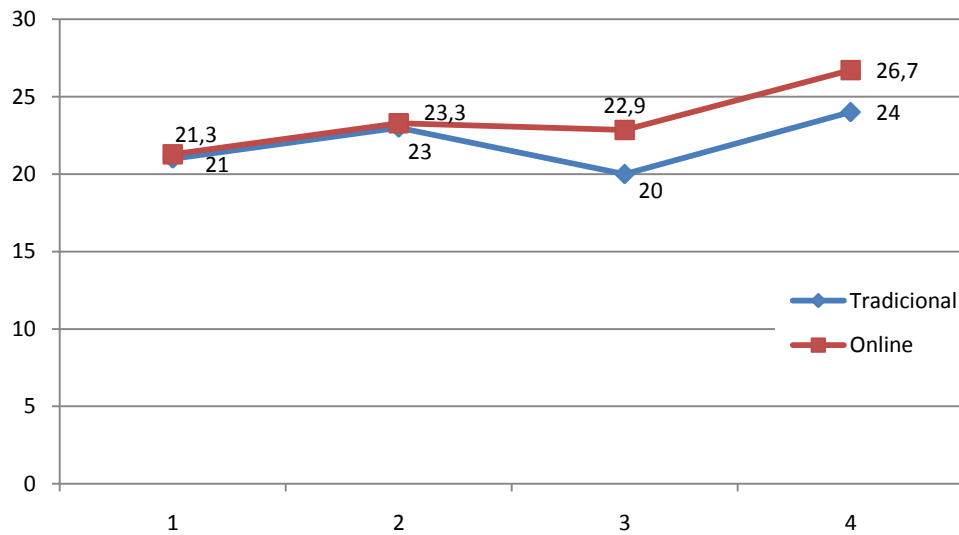
A continuación se presentan una serie de Figuras en las que se describen las medias de las puntuaciones de los terapeutas en cada uno de los formatos de psicoeducación que forman parte del presente estudio. Así, en la Figura 37 es posible observar la trayectoria de la alianza de trabajo como medida total. Los resultados en este caso indican una mayor puntuación del terapeuta online sobre los terapeutas tradicionales.

Asimismo, se observa un perfil similar al descrito también por los usuarios en cuanto a la valoración de la alianza de trabajo en situación tradicional, en donde la trayectoria manifiesta ascensos y descensos. Así, y desde un punto de vista descriptivo, al parecer un terapeuta con formación en ciberterapia tiende a valorar la alianza de trabajo como más satisfactoria que un terapeuta en un formato psicoeducativo grupal cara a cara.

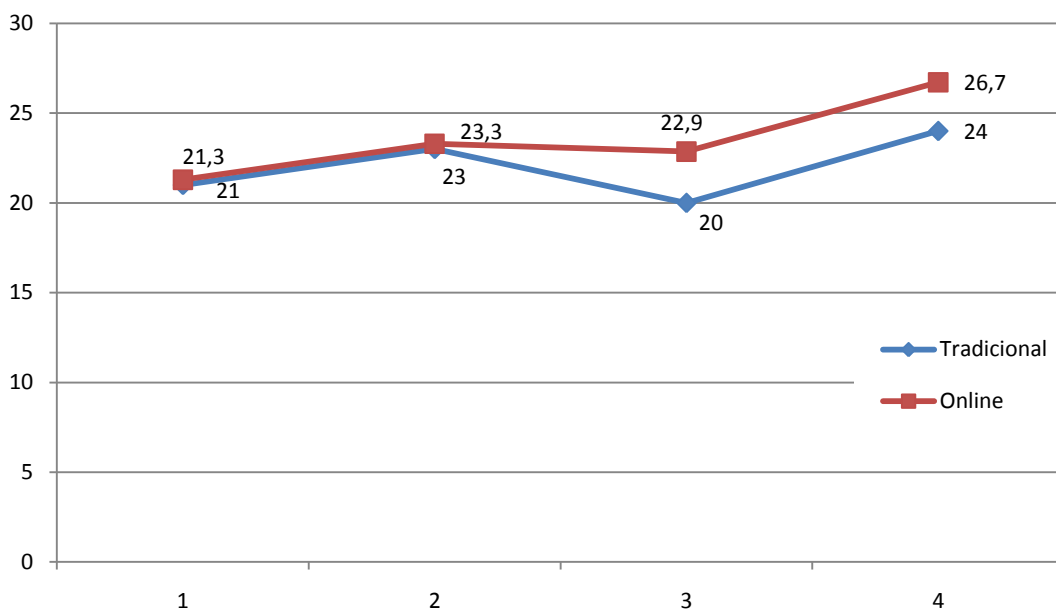
A continuación en la Figura 38 se observa el grafico que representa la trayectoria de la dimensión de tareas en cada uno de los formatos de tratamiento investigados. Al observar esta Figura es posible identificar que durante las primeras dos sesiones la dimensión de tareas es valorada casi de la misma forma por los terapeutas pero que posteriormente, en la tercera

sesión; el formato tradicional sufre un descenso. Transcurridos nueve meses de tratamiento la valoración de las tareas mantiene los mismos valores que tenía a la tercera sesión.

**Figura 37:** Alianza de trabajo entre terapeutas en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo

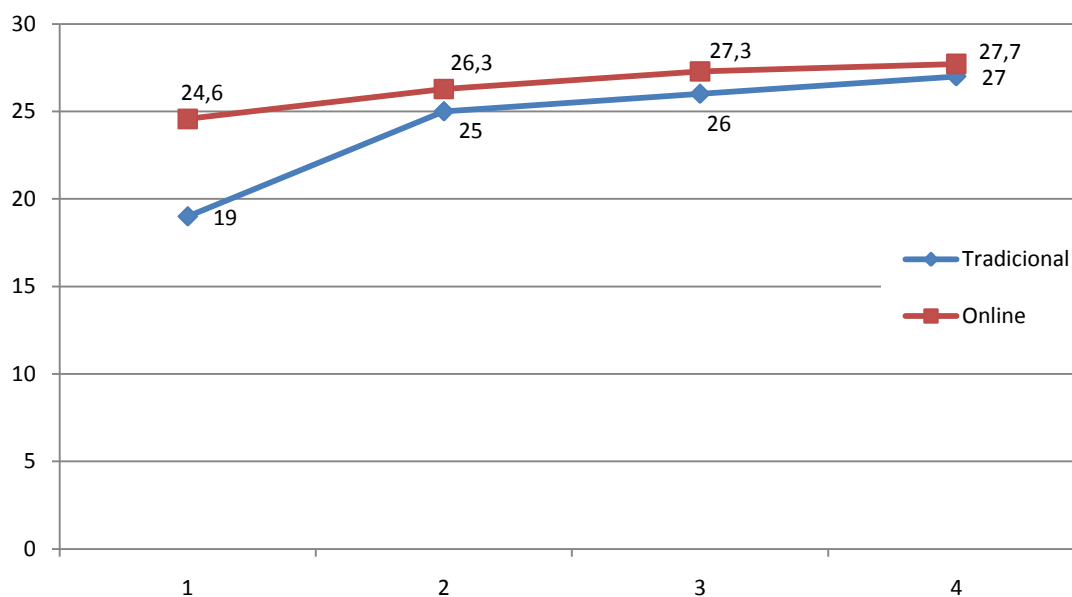


**Figura 38:** Dimensión tareas de la alianza de trabajo entre terapeutas en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo



En la Figura que sigue a continuación (Figura 39) se observan las valoraciones de los terapeutas de la dimensión vínculo. En este caso se observa una valoración más alta de la situación online, así como un “salto” entre la primera y segunda sesión en la situación tradicional. Pasados nueve meses de tratamiento, la valoración del vínculo pareciera ser muy similar entre los dos grupos tipos de tratamientos.

**Figura 39:** Dimensión vínculo de la alianza de trabajo entre terapeutas en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo



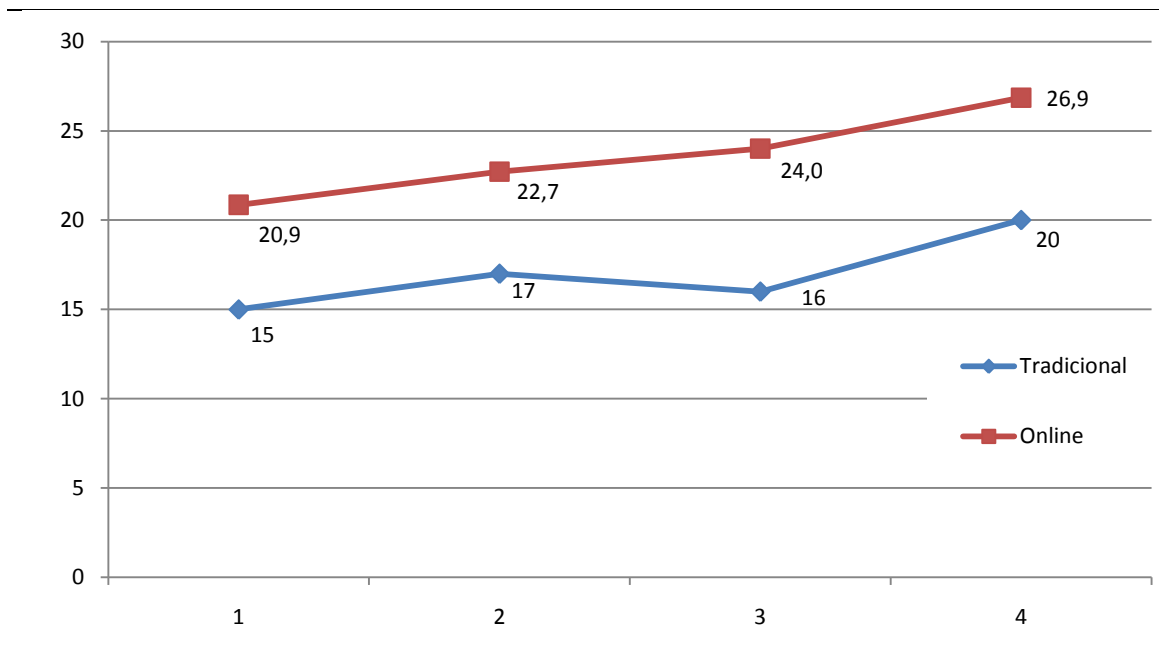
En la Figura 40 se representa la trayectoria de la dimensión metas de la alianza de trabajo. En ella es posible observar que en este aspecto parecieran encontrarse las mayores diferencias en cuanto a la valoración de terapeutas en situación tradicional y online. Este punto será desarrollado con mayor profundidad en el apartado de discusión.

### ***Comparación de la alianza de trabajo entre terapeutas y participantes***

Un resultado interesante que puede aportar al estado de la investigación en cuanto a las ciberterapias es comparar la valoración que hacen terapeutas y participantes según el formato de tratamientos que reciben o realizan (ya sea online o tradicional). Para ello se abordará el

análisis comparando los resultados en cada una de las sesiones realizadas. Pero, previo a ello se presentan los resultados descriptivos agrupados por sesión y por grupo.

**Figura 40:** Dimensión metas de la alianza de trabajo entre terapeutas en situación online y tradicional a lo largo de todo el estudio expresada en medias por grupo



### ***Resultados descriptivos de la comparación de alianza de trabajo***

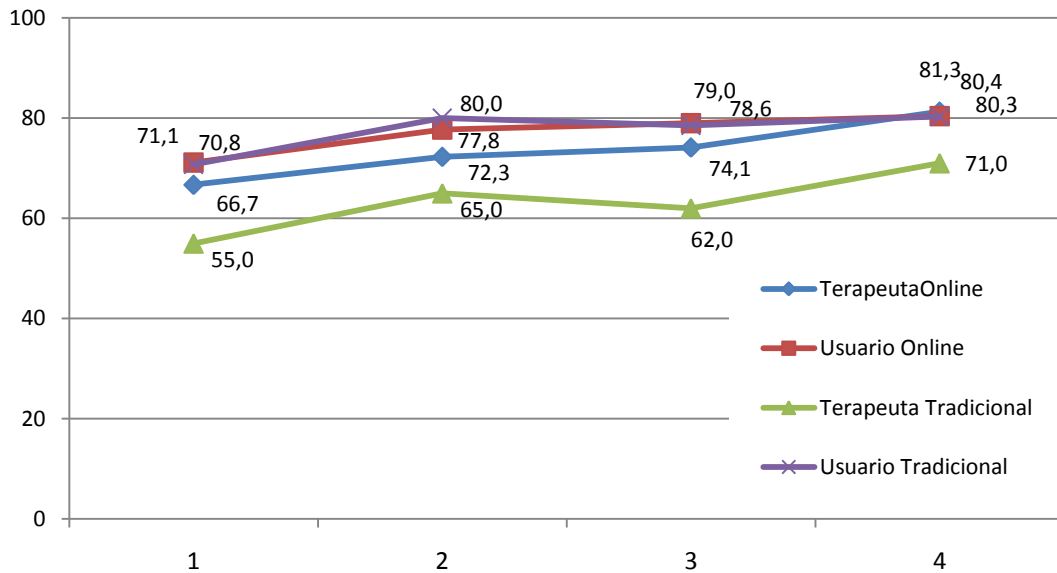
A continuación se vuelven a señalar las medias de las puntuaciones de alianza, pero esta vez el objetivo es diferente. En este caso, es indagar si el tipo de tratamiento genera algunas diferencias entre las medidas entre terapeutas y participantes.

Por ejemplo, en la Figura 41 se presentan las medias de todos los tipos de participantes (terapeutas y usuarios) en ambas condiciones (online y tradicional). En esta Figura se observa que siempre las medidas de los usuarios es superior a la de los terapeutas.

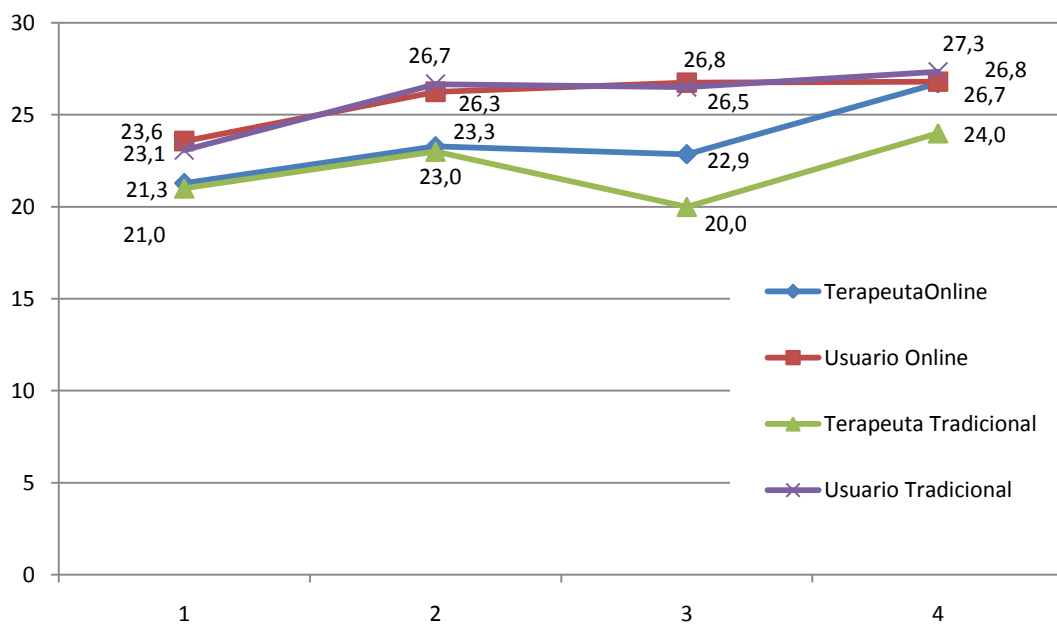
En la siguiente Figura (42) se presentan los resultados específicos para la dimensión de tareas. En este caso, nuevamente las medidas de los usuarios son superiores a la de los terapeutas, salvo en la última medición en donde el terapeuta online alcanza la misma puntuación que los usuarios. En este caso, y al igual que en la puntuación total, las medidas de los terapeutas tradicionales tienden a ser inferiores, salvo en las primeras dos sesiones cuando se comportan igual que las del terapeuta online.

La Figura 43 expresa las medias de la dimensión vínculo. En este caso las medias tienden a agruparse de forma más ajustada que la anterior dimensión, existiendo diferencias solamente durante la primera sesión, que posteriormente se comienzan a igualar. En este caso, la trayectoria más baja nuevamente es la de los terapeutas en la situación tradicional.

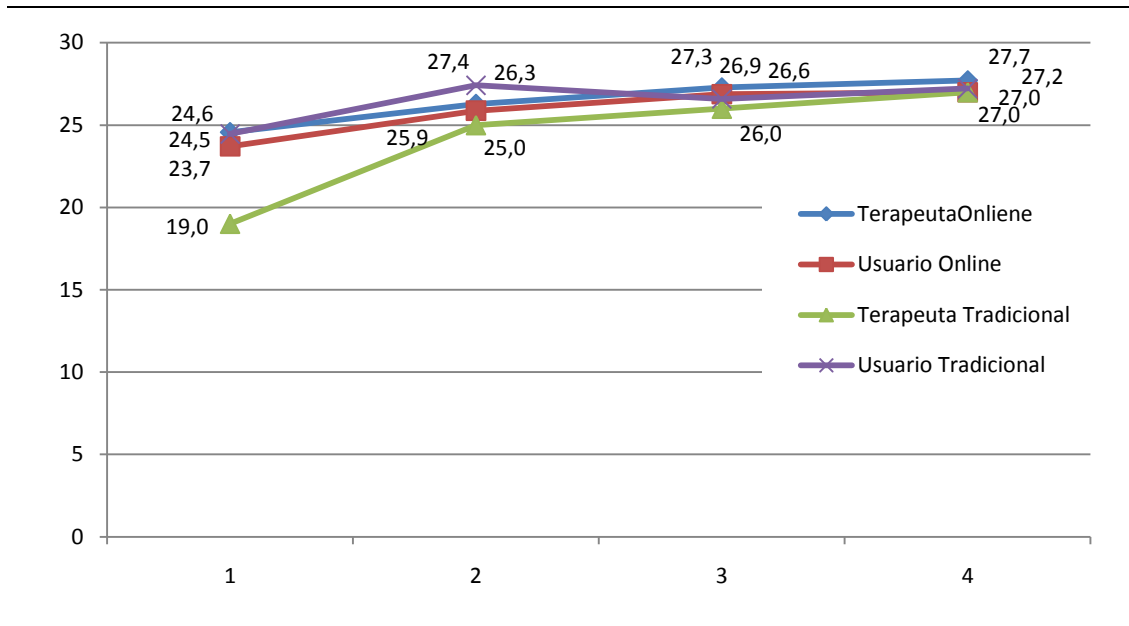
**Figura 41:** Medias de las *medidas totales de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios* de ambos grupos experimentales



**Figura 42:** Medias de las medidas de la *dimensión tareas de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios* de ambos grupos experimentales



**Figura 43:** Medias de las medidas de la *dimensión vínculo de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios* de ambos grupos experimentales



Finalmente, en la Figura 44 se observa nuevamente que las valoraciones de los terapeutas en la condición tradicional son más bajas que las otras medidas. Otro fenómeno que se observa es la casi igualdad entre las medidas de los usuarios, situación que se ha repetido en todas las Figuras anteriores.

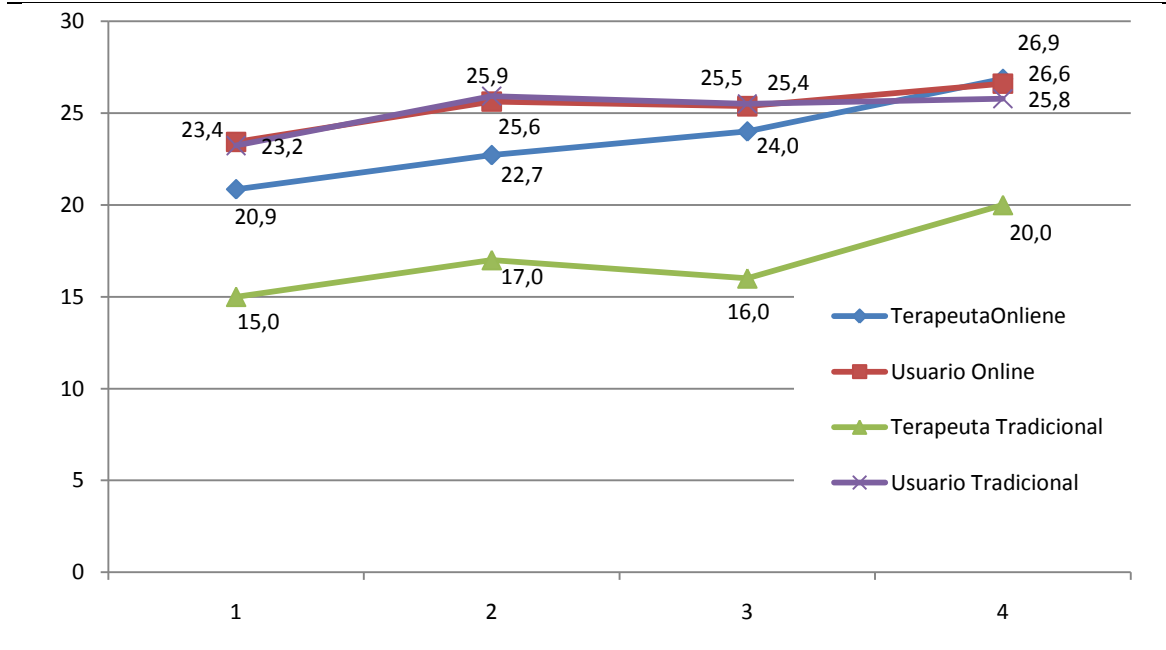
Una vez revisadas las Figuras anteriores se hace necesario un estudio inferencial que permita confirmar algunas de las observaciones. Por ejemplo, y como pregunta fundamental, se hace necesario indagar si las puntuaciones entre usuarios y terapeutas difieren, sobre todo los de los terapeutas en la situación tradicional.

### ***Comparación entre terapeutas y usuarios en cada una de las situaciones considerando las cuatro mediciones de alianza de trabajo***

Finalmente, un análisis que aporta más información relacionada con el desempeño y comparación del vínculo terapéutico en ambos formatos de terapia, es el que considera todas las medidas obtenidas en los cuatro momentos de evaluación: primero, segunda y tercera sesión junto con la valoración a los nueve meses. Esta vez agrupados por tipo de tratamiento y ya sea por terapeuta o usuario. Este análisis da mayor información en cuanto a la posible

valoración diferente por parte de terapeutas y usuarios dependiendo del contexto en el que se desarrolle el tratamiento.

**Figura 44:** Medias de las medidas de la *dimensión metas de alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios* de ambos grupos experimentales

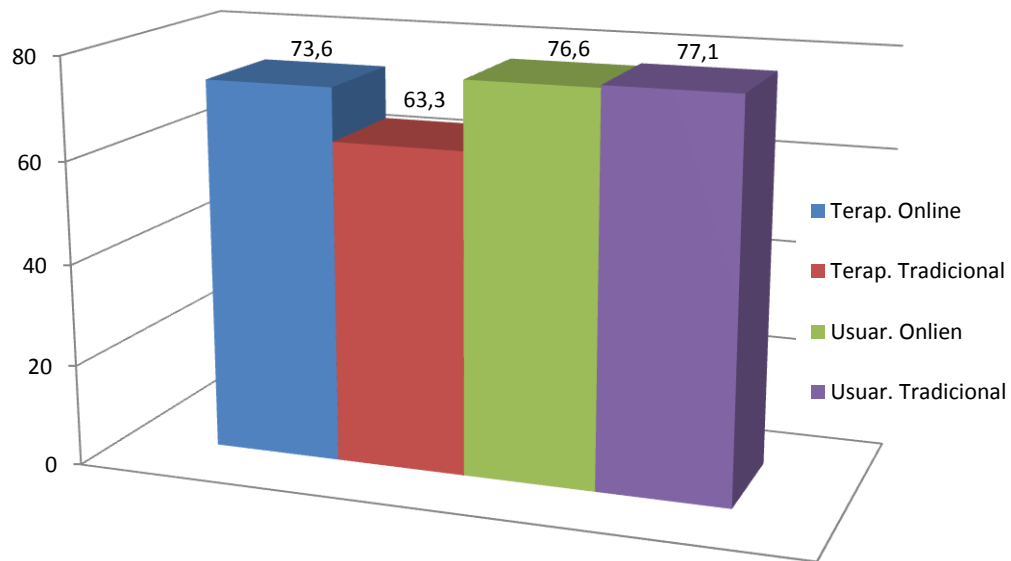


En un principio se abordarán los resultados descriptivos, fundamentalmente las medias y, posteriormente, el análisis inferencial en el cual se ha utilizado la Prueba  $\mu$  de Mann Whitney.

### Resultados descriptivos

En la Figura 45 se presentan las medias de las cuatro medidas (terapeutas y usuarios tanto en situación tradicional como online) a lo largo de todo el estudio. Por un lado se observa que la puntuación más baja es la del terapeuta en situación tradicional. Asimismo, se observa que ambos tipos de usuarios puntúan alto y de forma similar.

**Figura 45:** Medias de la *puntuación total de la alianza de trabajo tanto de terapeutas como usuarios* en las condiciones online y tradicional



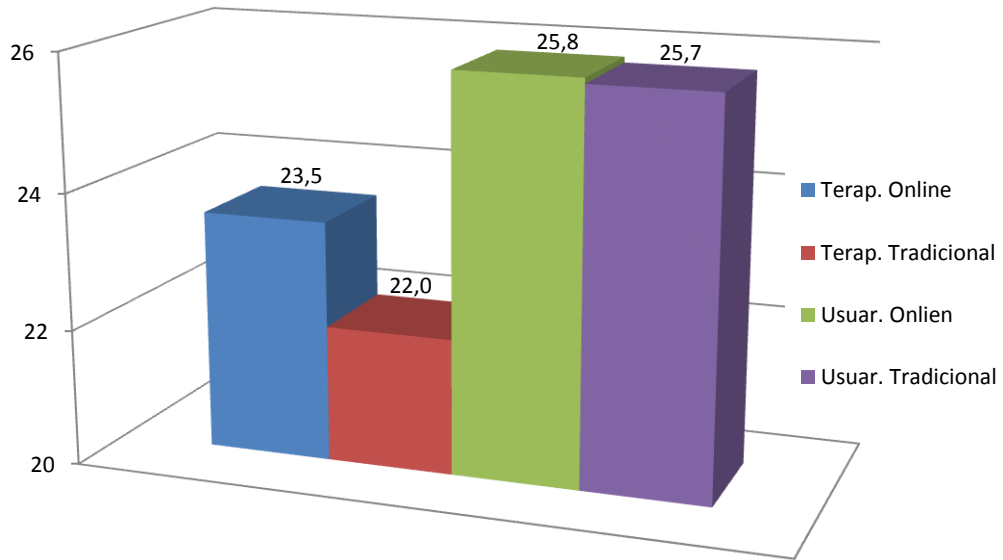
En la Figura 46 se observan las puntuaciones de la dimensión tareas. En ella existen diferencias entre terapeutas y usuarios, siendo las de estas últimas más altas. Es decir, los usuarios tienden a creer que tienen metas acordadas con sus terapeutas, mientras que los terapeutas califican con menor fuerza este acuerdo. Asimismo, nuevamente el terapeuta tradicional es quien otorga la menor calificación a esta dimensión a lo largo de las cuatro mediciones realizadas.

Uno de los elementos más controvertidos de las ciberterapias es el elemento del vínculo terapéutico. En la Figura 38 se observan las diferentes medidas de la dimensión vínculo de la alianza de trabajo. En este caso impresionan las altas medidas del terapeuta online y del usuario tradicional, seguidas muy de cerca por el usuario online. La puntuación más baja la obtiene el terapeuta tradicional.

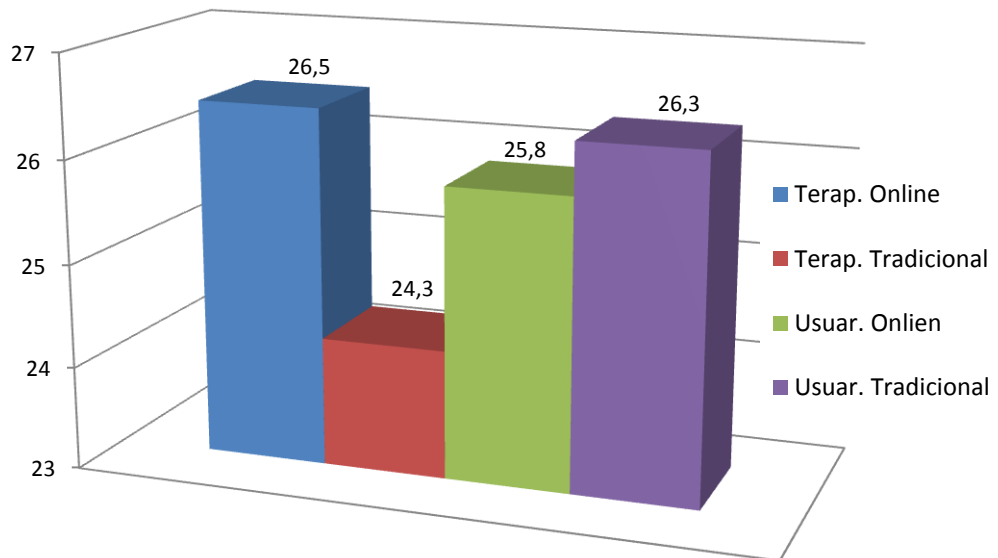
La Figura 48 señala los resultados en cuanto a la dimensión de metas de la alianza de trabajo. En este caso se observa una puntuación entre usuarios muy similar, seguidas por las puntuaciones del terapeuta online. Algo más bajas se encuentran los resultados señalados por el terapeuta tradicional.



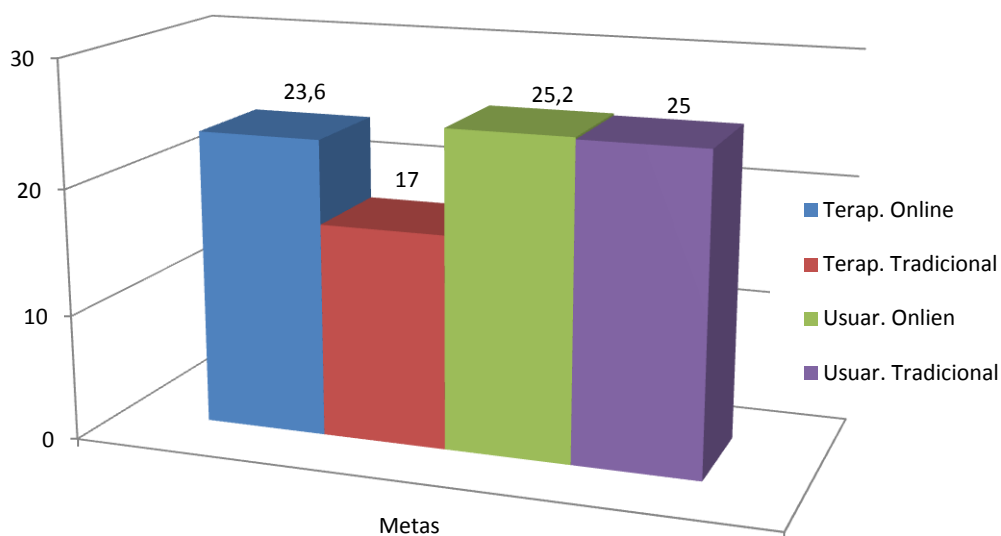
**Figura 46:** Medias de la *dimensión tareas de la alianza de trabajo* tanto de terapeutas como usuarios en las condiciones online y tradicional



**Figura 47:** Medias de la *dimensión vínculo de la alianza de trabajo* tanto de terapeutas como usuarios en las condiciones online y tradicional



**Figura 48:** Medias de la *dimensión metas de la alianza de trabajo* tanto de terapeutas como usuarios en las condiciones online y tradicional



A modo de síntesis de los resultados descriptivos al comparar todas las mediciones de alianza, es posible señalar que, en primer lugar, todas las puntuaciones son altas, siendo la más baja de ellas las del terapeuta tradicional. Son los usuarios en ambos formatos de tratamiento quienes puntúan más alto y de forma similar. Por tanto, desde la perspectiva del usuario no se observan diferencias en cuanto a la valoración de la alianza de trabajo. Finalmente, se observa que son los terapeutas quienes tienen mayor discrepancia al valorar la alianza de trabajo en cada uno de los tratamientos estudiados. En general es el formato tradicional el que tiene más bajo desempeño en cuanto a la valoración de la alianza de trabajo por parte de los terapeutas.

### ***Resultados inferenciales de la comparación de alianzas de trabajo***

En las siguientes Tablas (81 y 82) se observan las comparaciones entre terapeutas y usuarios en cada una de las situaciones experimentales. En la primera Tabla se observa que el terapeuta tradicional difiere significativamente en la valoración de la dimensión de tareas y de la de metas, así como en la alianza de trabajo en su totalidad. Asimismo, en la Tabla 82 se observa que esas mismas diferencias se presentan en las mediciones en el grupo online. Es decir, la desigualdad en la valoración del vínculo terapéutico entre terapeutas y usuarios al parecer es la misma en el contexto online como en el tratamiento tradicional

**Tabla 81:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney entre terapeuta y participantes del grupo tradicional en cuanto a la *alianza de trabajo* a lo largo del todo el tratamiento

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
<b>Total</b>	<b>16,500</b>	<b>26,500</b>	<b>-2,719</b>	<b>,003**</b>
<b>Tarea</b>	<b>27,500</b>	<b>37,500</b>	<b>-2,403</b>	<b>,017*</b>
Vínculo	42,500	52,500	-1,913	,076
<b>Metas</b>	<b>8,000</b>	<b>18,000</b>	<b>-3,048</b>	<b>,000***</b>

**Tabla 82:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney entre terapeuta y participantes del grupo online en cuanto a la *alianza de trabajo* a lo largo del todo el tratamiento

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
<b>Total</b>	<b>258,500</b>	<b>664,500</b>	<b>-2,204</b>	<b>,028*</b>
<b>Tarea</b>	<b>215,500</b>	<b>621,500</b>	<b>-2,948</b>	<b>,003**</b>
Vínculo	352,000	758,000	-,686	,493
<b>Metas</b>	<b>244,500</b>	<b>650,500</b>	<b>-2,461</b>	<b>,014*</b>

## ***Resultados en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad***

El análisis del impacto en los conocimientos con que cuentan los familiares al ser sometido a diferentes tipos de acciones psicoeducativas aporta interesantes resultados, sobre todo al comparar los resultados de los grupos psicoeducativos con el grupo control. La exposición de resultados comienza con una breve mención a los resultados en cuanto a la confiabilidad del instrumento. A continuación, se abordan los resultados descriptivos para lo cual se presentan gráficos en donde se señalan las medias de cada uno de los grupos en cada una de las dimensiones del conocimiento así como del conocimiento total.

En un tercer paso se realiza un análisis comparativo de la situación inicial de los tres grupos y posteriormente la misma comparación al finalizar los tratamientos. Como cuarta parte de los resultados se realiza una comparación intra-sujeto, de modo que es posible identificar las trayectorias de cada uno de los grupo al comparar su propia situación inicial con su desempeño al finalizar el estudio.

### ***Confiabilidad del instrumento de valoración de conocimientos***

Los resultados de la aplicación del instrumento de conocimientos sobre la enfermedad en su versión auto-aplicada de 17 ítems alcanzó una confiabilidad evaluada mediante  $\alpha$  de Cronbach = 0,821, lo que indica que la encuesta CEFI puede tener una gran utilidad clínica como método de estudio de los conocimientos que manejan los familiares con respecto a la esquizofrenia, más aún considerando su facilidad de aplicación. Se debe señalar que existen muy pocos instrumentos que tengan una aplicación y corrección como la propuesta en el CEFI por lo que puede considerarse una nueva línea de investigación que surge desde el presente estudio.

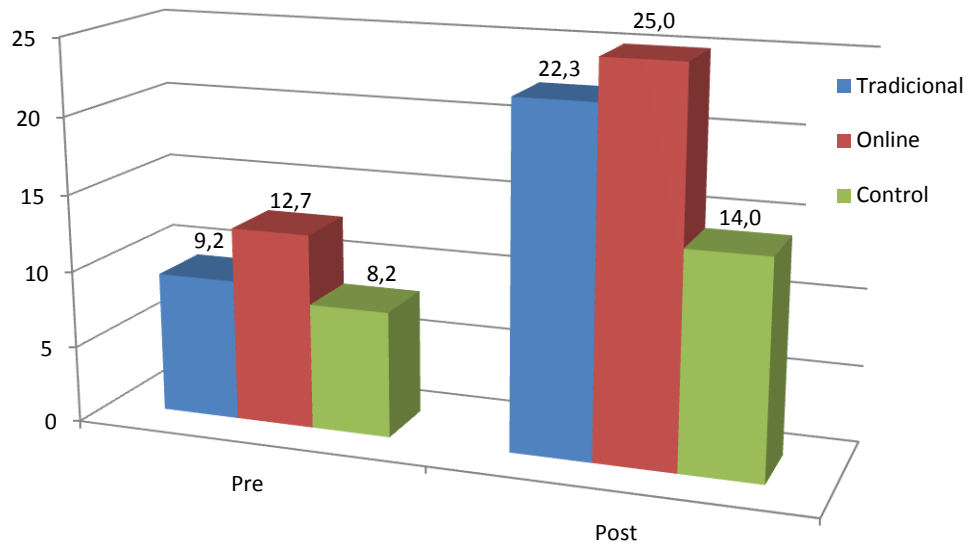
Junto a la confiabilidad se realizaron los análisis de distribución de las muestras de modo de orientar el tipo de análisis que se debe realizar en el análisis inferencial.

### ***Resultados descriptivos en cuanto a los conocimientos sobre la enfermedad comparando a los tres grupos experimentales***

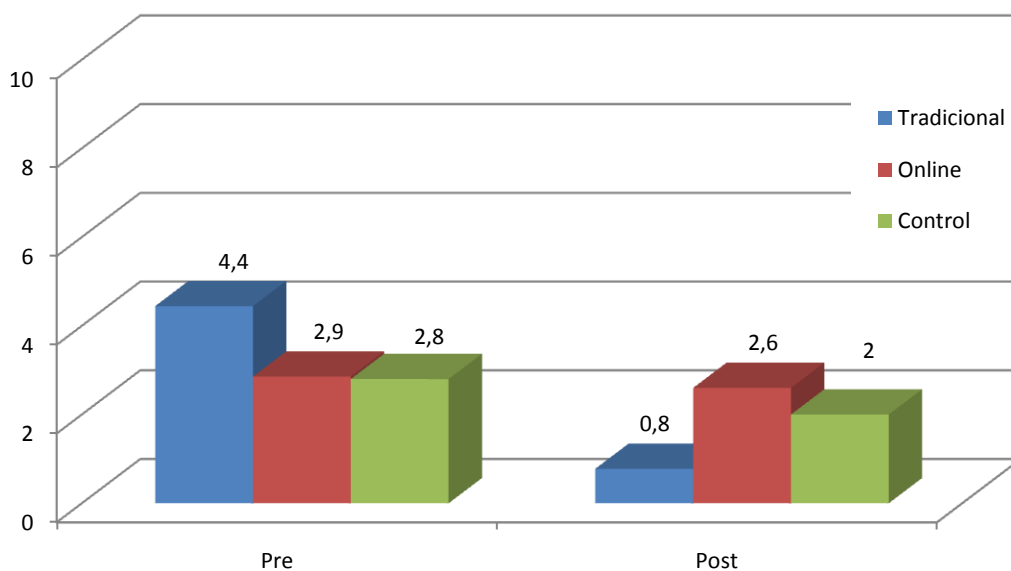
La Figura 49 nos muestra las puntuaciones medias que obtienen los tres grupos experimentales al inicio y finalizado el tratamiento. En ella se puede observar que a medida que avanza el tiempo, el conocimiento sobre la enfermedad va aumentando, y que este aumento es mayor en los grupos que reciben algún tipo de psicoeducación. También, llama la atención que el grupo online cuenta con algo más de información al inicio del tratamiento.

En la Figura 50 se presentan la cantidad de errores, como expresión de conocimiento errado y que tiene un potencial para transformarse en un obstáculo para una positiva evolución y tratamiento de la enfermedad. En esta Figura se observa que el grupo tradicional disminuye radicalmente la cantidad de conocimiento erróneo, mientras que en el grupo online este tipo de contenidos no pareciera alterarse. En el grupo control se observa una leve disminución. En este sentido, es necesario valorar lo que ocurre en el grupo online para que no sufra la disminución que sería esperable por el paso del tiempo como ocurre en el grupo control. Este efecto pareciera indicar un efecto diferencial en cuanto a los conocimientos erróneos según el tipo de tratamiento recibido

**Figura 49:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos totales sobre la enfermedad*



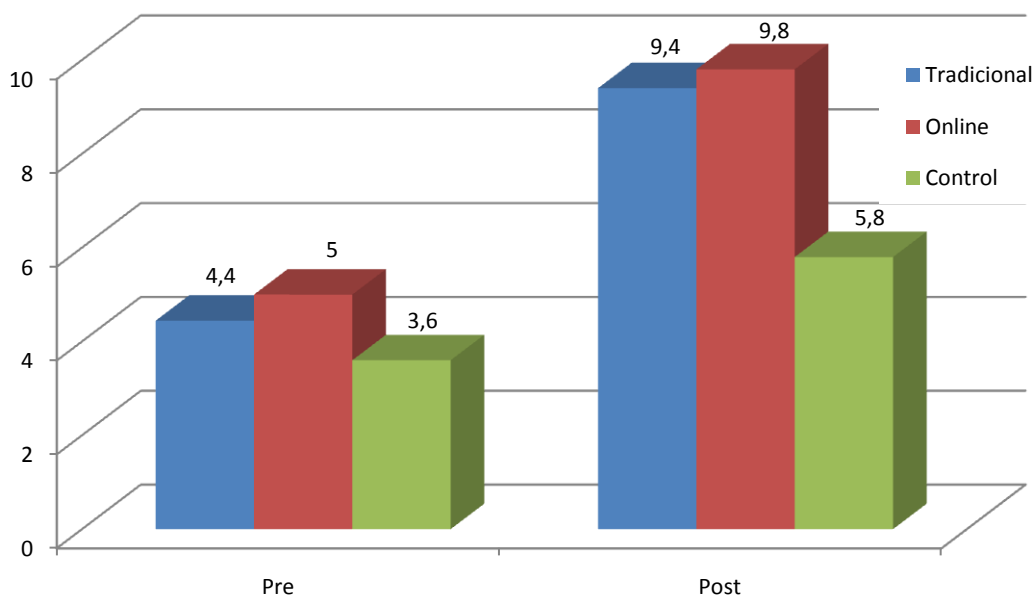
**Figura 50:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos erróneos sobre la enfermedad*



En la Figura 51 se pueden revisar los resultados sobre el pensamiento profundo respecto a la enfermedad. En ella se observa como los tratamientos tienen un efecto mayor que la

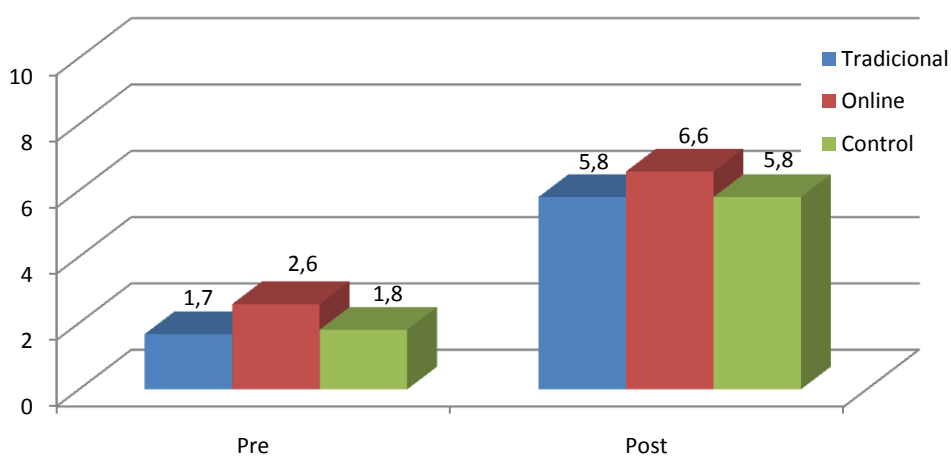
situación del grupo control. Este resultado pondría de manifiesto que ambos tratamientos profundizan el conocimiento de la enfermedad haciendo más profunda su comprensión.

**Figura 51:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos profundo sobre la enfermedad*



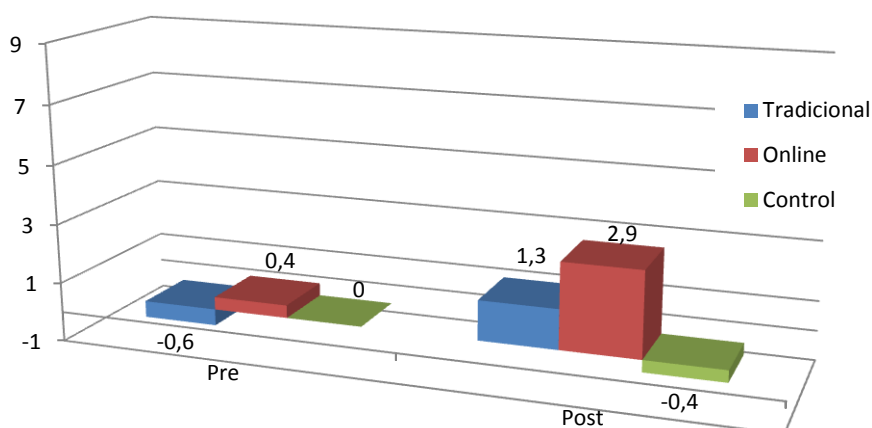
La Figura 52 señala el conocimiento del diagnóstico al inicio y al finalizar el estudio. Al respecto, parece que los tratamientos no tienen un efecto sustancial ya que las tres situaciones (tradicional, online y control), muestran un aumento del conocimiento del diagnóstico que pareciera no diferir mucho.

**Figura 52:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos sobre el diagnóstico de la enfermedad*



La Figura 53 muestra el conocimiento respecto a las causas de la enfermedad para los participantes al inicio y al finalizar el estudio. En la situación previa se observa un gran desconocimiento en cuanto a las causas, e incluso un conocimiento erróneo en el grupo tradicional (expresado en una puntuación negativa). Al finalizar los tratamientos, el grupo tradicional ha aumentado el conocimiento respecto a las causas, aunque es el grupo online quién parece beneficiarse más. Por otra parte, el grupo control tiende a empeorar el conocimiento respecto a las causas y a volverse potencialmente problemático, quizá y posiblemente pueda deberse al poco apoyo profesional con que contarían este grupo de participantes, viéndose influidos por la opinión de personas de su entorno que puede prejuzgar la atribución de causas de la enfermedad.

**Figura 53:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos sobre las causas de la enfermedad*

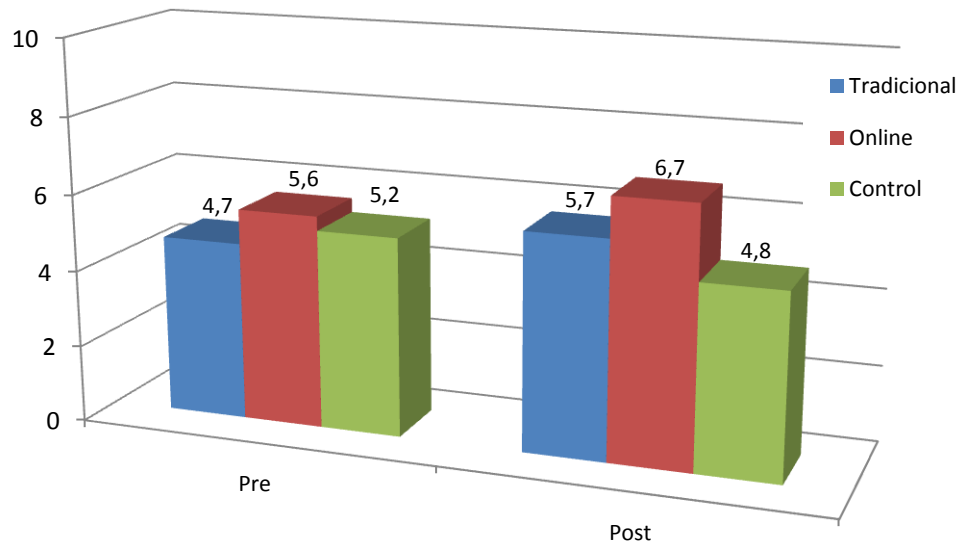


La Figura 54 retrata la evolución del conocimiento respecto a los tratamientos que tienen los participantes al inicio y al finalizar el estudio. En ella no se observa un gran aumento del conocimiento de los tratamientos que recibe el familiar enfermo, aunque llama la atención que el grupo que presenta menor contacto con los servicios (el grupo control), tiende a olvidar los tratamientos que sigue su familiar.

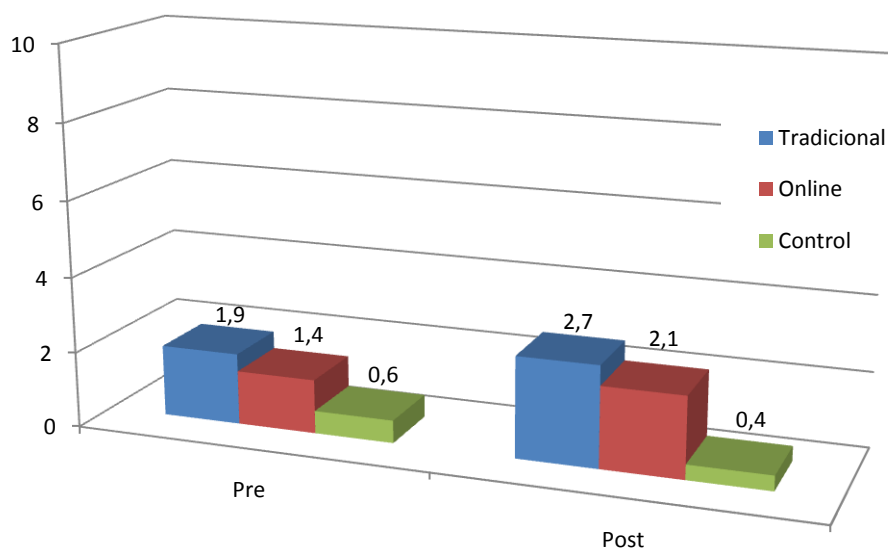
La Figura 55 muestra el conocimiento en cuanto al rol de la familia en el acompañamiento de la persona enferma. Siendo este un elemento central de la psicoeducación se observa que en los grupos que reciben este tipo de tratamiento aumenta el conocimiento respecto al rol de la familia, mientras que en el grupo control se produce un descenso. En este caso la Figura 55

nos indica que las familias que asisten a psicoeducación saben mejor qué deben hacer para ayudar a su familiar enfermo, mientras que aquellas que no reciben el apoyo psicoeducativo se desorientan y no saben qué rol desarrollar o desarrollan un rol errado.

**Figura 54:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los conocimientos sobre los tratamientos ante la enfermedad



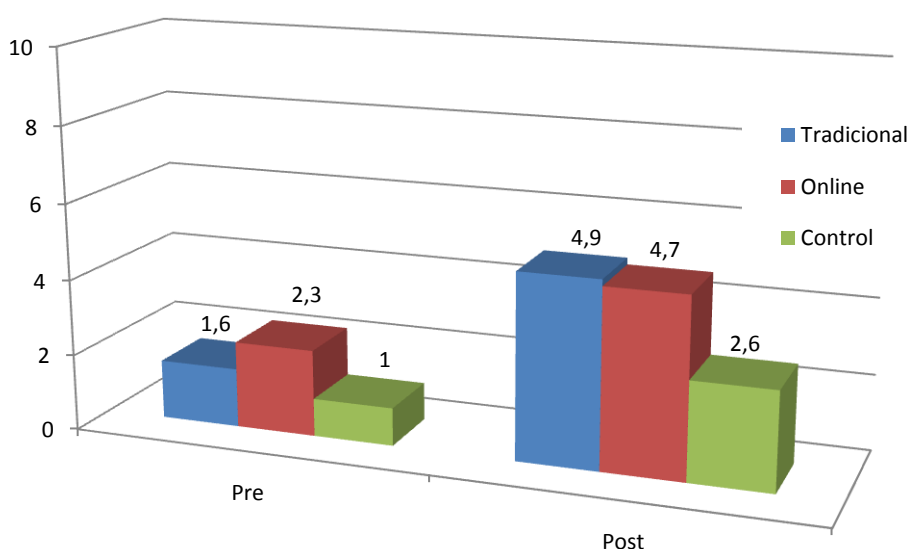
**Figura 55:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los conocimientos sobre el rol de la familia ante la enfermedad





El conocimiento de lo pródromos ha sido reflejado en la Figura 56. Una de las razones que se argumentan para el descenso en los ingresos y en las descompensaciones es que los familiares que reciben psicoeducación se vuelven mucho más hábiles en detectar signos tempranos de recaída. La Figura 56 nos señala que al finalizar el estudio se produce un aumento en el conocimiento de pródromos en todos los grupos estudiados, siendo mucho mayor el conocimiento en los grupos que reciben algún tipo de psicoeducación, ya sea online o tradicional, con predominancia del grupo tradicional.

**Figura 56:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos sobre los pródromos de la enfermedad*

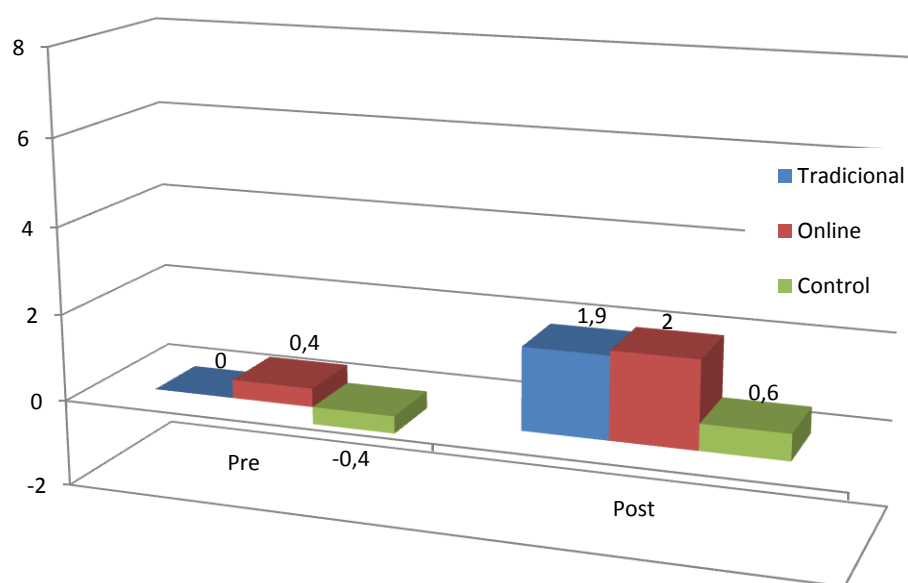


Un elemento que se valora dentro de la dimensión de conocimiento es qué saben los familiares respecto al curso de la enfermedad lo que indicaría de alguna forma las expectativas que se generan ante la situación que les toca afrontar como familia. En la Figura 57 se observa que al inicio del estudio, los participantes tienden a desconocer el curso de la enfermedad, incluso a mantener un conocimiento errado y posiblemente dañino para favorecer una buena evolución de la enfermedad. Al finalizar el estudio son los miembros de los grupos de tratamiento online y tradicional quienes manifiestan un mayor conocimiento respecto al posible curso que tiene la esquizofrenia.

## ***Análisis inferencial de los conocimientos***

El análisis inferencial comienza con una comparación de la situación de los grupos antes de la aplicación de los tratamientos (situación pre). Posteriormente, se realiza un análisis comparativo entre los tres grupos experimentales (tradicional, online y control) al finalizar el estudio. Este análisis aborda el cuestionario de conocimiento como un todo, así como cada una de las dimensiones que lo componen.

**Figura 57:** Comparación de las puntuaciones medias entre los tres grupos experimentales al inicio y al finalizar los tratamientos en cuanto a los *conocimientos sobre el curso de la enfermedad*



### **Análisis de los conocimientos previos a los tratamientos**

Un primer paso para conocer el efecto de los tratamientos en cuanto al conocimiento en los diferentes grupos es comparar los resultados al inicio del estudio. Las Tablas 83 y 84 presentan la comparativa entre los tres grupos utilizando pruebas no paramétricas (Tabla 83) y paramétricas (Tabla 84), según el cumplimiento de los supuestos de cada prueba. Los resultados señalados en estas Tablas nos indican que al inicio de los tratamientos no existen diferencias significativas en ninguna de los componentes del conocimiento respecto a la enfermedad. Este resultado nos permite plantear que es muy posible que las diferencias posteriores puedan deberse al tratamiento que recibió cada uno de ellos.

**Tabla 83:** Prueba *K* de Kruskal Wallis entre los grupos sobre los conocimientos de la enfermedad al inicio del estudio

	$\chi^2$	gl	Sig.
Conocimiento total	,183	2	,913
Conocimiento erróneo	1,498	2	,473
Conocimiento profundo	1,607	2	,448
Curso	1,350	2	,509

**Tabla 84:** ANOVA entre los grupos sobre los conocimientos de la enfermedad al inicio del estudio

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Causa	Inter-grupos	,428	2	,214	,089	,916
	Intra-grupos	55,610	23	2,418		
	Total	56,038	25			
Tratamiento	Inter-grupos	1,633	2	,817	,323	,727
	Intra-grupos	58,213	23	2,531		
	Total	59,846	25			
Rol familiar	Inter-grupos	,472	2	,236	,113	,894
	Intra-grupos	48,182	23	2,095		
	Total	48,654	25			
Pródromos	Inter-grupos	7,992	2	3,996	1,301	,291
	Intra-grupos	70,623	23	3,071		
	Total	78,615	25			

### Análisis de los conocimientos posterior a los tratamientos

En las Tablas siguientes (85 y 86), se observa la comparación de los tres grupos experimentales en las medidas de conocimientos utilizando pruebas paramétricas o no paramétricas según corresponda<sup>59</sup>. La Tabla 85 nos señala que existen diferencias significativas

<sup>59</sup> Se debe recordar que siguiendo el Método y procedimiento de investigación cuantitativo o método estadístico, antes de aplicar las pruebas de contraste de hipótesis, los datos fueron sometidos al examen del cumplimiento de supuestos para la utilización de estadística paramétrica (Normalidad y Homocedasticidad).

al finalizar el estudio en las dimensiones de conocimientos de las causas de la enfermedad; conocimiento total; y en el conocimiento profundo respecto a la enfermedad.

**Tabla 85:** ANOVA entre los grupos sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar del estudio

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
<b>Causa</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>31,086</b>	<b>2</b>	<b>15,543</b>	<b>5,589</b>	<b>,013*</b>
	<b>Intra-grupos</b>	<b>50,057</b>	<b>18</b>	<b>2,781</b>		
	<b>Total</b>	<b>81,143</b>	<b>20</b>			
<b>Total</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>371,810</b>	<b>2</b>	<b>185,905</b>	<b>8,324</b>	<b>,003**</b>
	<b>Intra-grupos</b>	<b>402,000</b>	<b>18</b>	<b>22,333</b>		
	<b>Total</b>	<b>773,810</b>	<b>20</b>			
<b>Profundo</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>56,406</b>	<b>2</b>	<b>28,203</b>	<b>3,849</b>	<b>,041*</b>
	<b>Intra-grupos</b>	<b>131,879</b>	<b>18</b>	<b>7,327</b>		
	<b>Total</b>	<b>188,286</b>	<b>20</b>			

La Tabla 85 nos señala que también existen diferencias significativas entre los tres grupos en las dimensiones de conocimiento erróneo y potencialmente dañino; en los tratamientos para la enfermedad; el rol familiar para apoyar los cuidados; y en el reconocimiento de pródromos. Por tanto, parece que la única dimensión que no pareciera afectada por las diferentes situaciones experimentales aplicadas es el conocimiento sobre el curso de la enfermedad.

**Tabla 86:** Prueba *K* de Kruskal Wallis entre los grupos sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar del estudio

	$\chi^2$	gl	Sig.
<b>Erróneo</b>	<b>12,241</b>	<b>2</b>	<b>,002**</b>
<b>Tratamientos</b>	<b>6,878</b>	<b>2</b>	<b>,032*</b>
<b>Rol familiar</b>	<b>8,542</b>	<b>2</b>	<b>,014*</b>
<b>Pródromos</b>	<b>9,413</b>	<b>2</b>	<b>,009**</b>
Curso	4,501	2	,105

## **Análisis de los conocimientos posterior a los tratamientos comparando entre pares de tratamientos**

Una vez realizado el análisis entre los grupos, es posible realizar un estudio del comportamiento del conocimiento cotejando pares de grupos, de modo de identificar precisamente cuáles son las situaciones experimentales que explicarían las diferencias significativas señaladas en el apartado anterior. Así, por ejemplo, se compara el grupo tradicional con las otras dos situaciones (online y control) y a cada una de las situaciones con las otras.

### **Comparación grupos tradicional y online**

En base a los resultados de la comparación entre los tres grupos se decidió realizar una comparación entre parejas de situaciones experimentales para identificar en qué grupo y dimensión se producen las diferencias significativas. En la Tabla 87 y 88 se observan los resultados de las pruebas paramétricas y no paramétricas entre el grupo tradicional y online. Estas Tablas informan que no existen diferencias significativas en ninguna de las dimensiones incluidas en la valoración de conocimientos. Este resultado apunta a que no existirían diferencias en cuanto a los resultados en el conocimiento de la enfermedad al aplicar ya sea un tratamiento online o tradicional.

**Tabla 87:** Prueba  $\mu$  de Mann-Whitney entre los grupos tradicional y online sobre los conocimientos de la enfermedad al finalizar del estudio

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Erróneo	14,000	42,000	-2,277	,071
Tratamientos	19,000	64,000	-1,427	,210
Rol familiar	21,500	49,500	-1,144	,299
Curso	31,000	76,000	-,057	1,000

### **Comparación grupos tradicional y control**

Las siguientes Tablas (89 y 90), presentan la comparación entre el grupo tradicional y control. En ellas se informa que en los conocimientos totales; conocimiento profundo; conocimiento errado; rol de la familia; y en la identificación de pródromos se presentan

diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, no se señalan diferencias en la identificación de causas de la enfermedad; diagnóstico; tratamiento; y curso de la enfermedad; de modo que en estas dimensiones el tratamiento tradicional no generaría mayores efectos en comparación a la situación control.

**Tabla 88:** Prueba  $\tau$  entre los grupos tradicional y online sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar del estudio

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Causa	Inter-grupos	9,143	1	9,143	3,133	,098
	Intra-grupos	40,857	14	2,918		
	Total	50,000	15			
Total	Inter-grupos	28,000	1	28,000	1,043	,325
	Intra-grupos	376,000	14	26,857		
	Total	404,000	15			
Profundo	Inter-grupos	,671	1	,671	,075	,788
	Intra-grupos	125,079	14	8,934		
	Total	125,750	15			
Diagnóstico	Inter-grupos	1,834	1	1,834	,603	,450
	Intra-grupos	42,603	14	3,043		
	Total	44,438	15			
Pródromos	Inter-grupos	,120	1	,120	,092	,766
	Intra-grupos	18,317	14	1,308		
	Total	18,438	15			

**Tabla 89:** Prueba  $\tau$  entre los grupos tradicional y control sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar del estudio

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Causas	Inter-grupos	9,657	1	9,657	2,813	,119
	Intra-grupos	41,200	12	3,433		
	Total	50,857	13			
Total	Inter-grupos	<b>223,214</b>	<b>1</b>	<b>223,214</b>	<b>8,754</b>	<b>,012*</b>
	Intra-grupos	<b>306,000</b>	<b>12</b>	<b>25,500</b>		
	Total	<b>529,214</b>	<b>13</b>			
Profundo	Inter-grupos	<b>42,692</b>	<b>1</b>	<b>42,692</b>	<b>5,755</b>	<b>,034*</b>
	Intra-grupos	<b>89,022</b>	<b>12</b>	<b>7,419</b>		
	Total	<b>131,714</b>	<b>13</b>			
Diagnóstico	Inter-grupos	,040	1	,040	,012	,916
	Intra-grupos	40,889	12	3,407		
	Total	40,929	13			
Tratamiento	Inter-grupos	2,414	1	2,414	1,168	,301
	Intra-grupos	24,800	12	2,067		
	Total	27,214	13			

**Tabla 90:** Prueba  $\mu$  de Mann-Whitney entre los grupos tradicional y control sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar del estudio

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Exact Sig.
<b>Erróneo</b>	<b>7,000</b>	<b>52,000</b>	<b>-2,177</b>	<b>,042*</b>
<b>Rol familiar</b>	<b>3,000</b>	<b>18,000</b>	<b>-2,684</b>	<b>,007**</b>
<b>Pródromos</b>	<b>4,000</b>	<b>19,000</b>	<b>-2,529</b>	<b>,012*</b>
Curso	9,500	24,500	-1,771	,083

### Comparación grupos online y control

Las Tablas 91 y 92 indican las diferencias al comparar al grupo online y control. En ellas se han resaltado en negrita los resultados significativos, los que indican que el grupo online tiene efectos diferenciales en el conocimiento del tratamiento; pródromos; causas; conocimiento profundo; conocimiento errado; rol de la familia; y en el conocimiento total. El tratamiento online, no tendría efectos sustanciales al ser comparado con la situación control en las dimensiones de curso de la enfermedad y el conocimiento del diagnóstico.

**Tabla 91:** Prueba  $\tau$  entre los grupos tradicional y control sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar de estudio

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Causa	Inter-grupos	30,943	1	30,943	17,136	,002**
	Intra-grupos	18,057	10	1,806		
	Total	49,000	11			
Total	Inter-grupos	352,917	1	352,917	28,928	,000***
	Intra-grupos	122,000	10	12,200		
	Total	474,917	11			
Profundo	Inter-grupos	48,010	1	48,010	9,668	,011*
	Intra-grupos	49,657	10	4,966		
	Total	97,667	11			
Diagnóstico	Inter-grupos	,952	1	,952	,439	,523
	Intra-grupos	21,714	10	2,171		
	Total	22,667	11			
Errores	Inter-grupos	19,717	1	19,717	14,937	,003**
	Intra-grupos	13,200	10	1,320		
	Total	32,917	11			
Rol familiar	Inter-grupos	8,860	1	8,860	6,303	,031*
	Intra-grupos	14,057	10	1,406		
	Total	22,917	11			

**Tabla 92:** Prueba  $\mu$  de Mann-Whitney entre los grupos online y control sobre los *conocimientos de la enfermedad* al finalizar del estudio

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Exact Sig.
Tratamiento	2,500	17,500	-2,507	,010**
Pródromos	,000	15,000	-2,936	,003**
Curso	6,000	21,000	-2,034	,073

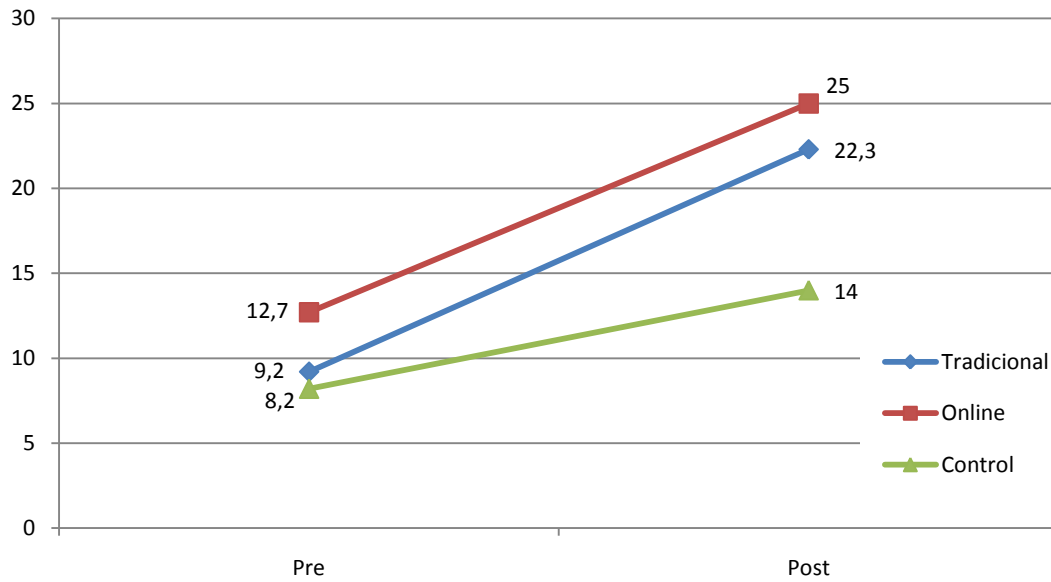
### Análisis Intra-sujeto o dentro de cada grupo

En la Figura 58 se representa la evolución de las medias en la puntuación total de los conocimientos en cada uno de los grupos. En ella se puede observar como el conocimiento sobre la enfermedad va aumentando a medida que pasa el tiempo; pero que este aumento de



conocimiento puede verse elevarse gracias al efecto de los tratamientos, ya sea online o tradicional.

**Figura 58:** Comparación de las puntuaciones totales medias en cuanto al *conocimiento sobre la enfermedad* en cada uno de los grupos experimentales en la situación previa y post



Para comprobar si este efecto descriptivo alcanza un nivel estadísticamente significativo se hace necesario realiza a continuación un análisis intra-sujeto.

#### **Análisis dentro del grupo tradicional**

En la Tabla 93 se observan los resultados de la Prueba  $\tau$  para muestras relacionadas en el grupo tradicional, comparando la situación al inicio y al finalizar el estudio. En ella se observa que los efectos dentro del grupo tradicional se refieren al conocimiento total; diagnóstico; causa de la enfermedad; pródromos; y curso de la enfermedad

**Tabla 93:** Prueba  $\tau$  intra-sujeto en el grupo tradicional entre la situación previa y posterior al tratamiento en cuanto a los *conocimientos sobre la enfermedad*

	$\tau$	gl	Sig.
<b>Total</b>	<b>-8,138</b>	<b>8</b>	<b>,000***</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>-6,008</b>	<b>8</b>	<b>,000***</b>
<b>Causa</b>	<b>-5,376</b>	<b>8</b>	<b>,001**</b>
Tratamiento	-1,809	8	,108
<b>Pródromos</b>	<b>-5,345</b>	<b>8</b>	<b>,001**</b>
<b>Curso</b>	<b>-3,900</b>	<b>8</b>	<b>,005**</b>

En la Tabla 94 se presentan los resultados del análisis no paramétrico realizado entre algunas de las dimensiones del conocimiento en el grupo tradicional. En este caso, el efecto del tratamiento dentro de este grupo también es para las dimensiones del conocimiento erróneo y la profundidad del conocimiento. Así, las Tablas 93 y 94 señalan que si bien el tratamiento psicoeducativo aumenta el conocimiento de los participantes del grupo tradicional, su efecto no impacta sobre el rol familiar o el conocimiento sobre los tratamientos.

**Tabla 94:** Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon ( $W^+$ ), para el análisis intra-sujeto en el grupo tradicional comparando la situación pre y post en cuanto a los *conocimientos sobre la enfermedad*

	Z	Sig.
<b>Erroneo</b>	<b>-2,673<sup>a</sup></b>	<b>,008**</b>
<b>Profundo</b>	<b>-2,680<sup>b</sup></b>	<b>,007**</b>
Rol familiar	-1,473 <sup>b</sup>	,141

### **Análisis dentro del grupo online**

Los resultados de la Prueba  $\tau$  para muestras relacionadas resumida en la Tabla 95 nos señala que existen diferencias significativas en algunas dimensiones de la evaluación de los conocimientos del tratamiento online. Así, se señalan diferencias significativas al comparar la situación previa y post en cuanto al conocimiento total; erróneo; profundo; diagnóstico; causas; y pródromos. Al igual que el tratamiento tradicional, no se identifican diferencias significativas en el conocimiento del rol familiar.

**Tabla 95:** Prueba  $\tau$  intra-sujeto en el grupo online entre la situación previa y posterior al tratamiento en cuanto a los *conocimientos sobre la enfermedad*

	$\tau$	gl	Sig.
<b>Total</b>	<b>-7,286</b>	<b>6</b>	<b>,000***</b>
<b>Erróneo</b>	<b>2,970</b>	<b>6</b>	<b>,025*</b>
<b>Profundo</b>	<b>-5,860</b>	<b>6</b>	<b>,001**</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>-5,527</b>	<b>6</b>	<b>,001**</b>
<b>Causa</b>	<b>-6,584</b>	<b>6</b>	<b>,001**</b>
Rol familiar	-1,508	6	,182
<b>Pródromos</b>	<b>-3,232</b>	<b>6</b>	<b>,018*</b>

En la Tabla 96 se adjuntan los resultados de la Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon ( $W^+$ ), para el análisis intra-sujeto en el grupo online comparando la situación pre y post. En esta Tabla no se señalan diferencias significativas al comparar el inicio con el fin del estudio en cuanto al conocimiento de los tratamientos y el curso de la enfermedad.

**Tabla 96:** Prueba de rangos con signo de Wilcoxon ( $W^+$ ) para el análisis intra-sujeto en el grupo online comparando la situación pre y post en cuanto a los *conocimientos sobre la enfermedad*

	Z	Sig.
Tratamientos	-1,633 <sup>a</sup>	,102
Curso	-1,897 <sup>a</sup>	,058

### **Análisis dentro del grupo control**

En las siguientes Tablas (97 y 98) es posible revisar los resultados del análisis intra-sujeto en el grupo control, tanto en las pruebas paramétricas como no paramétricas. En ellas no se observan diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del conocimiento.

**Tabla 97:** Prueba  $\tau$  intra-sujeto en el grupo control entre la situación previa y posterior al tratamiento en cuanto a los *conocimientos sobre la enfermedad*

	$\tau$	gl	Sig.
Profundo	-2,060	4	,108
Causa	,784	4	,477
Tratamientos	,590	4	,587
Rol familiar	,302	4	,778

**Tabla 98:** Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para el análisis intra-sujeto en el grupo control comparando la situación pre y post en cuanto a los *conocimientos sobre la enfermedad*

	Z	Sig.
Total	-1,753 <sup>a</sup>	,080
Erróneo	-,184 <sup>b</sup>	,854
Diagnóstico	-1,841 <sup>a</sup>	,066
Pródromos	-1,857 <sup>a</sup>	,063
Curso	-1,633 <sup>a</sup>	,102

De este modo y a modo de síntesis, los resultados indican que ambos tratamientos (online y tradicional) tienen un efecto significativo en el conocimiento que manejan sus participantes al compararlos con la situación de control.

### ***Resultados en cuanto al apoyo social***

Los resultados en cuanto a la evaluación del impacto del proceso experimental en el apoyo social comienzan con un análisis de la confiabilidad de la prueba utilizada. A continuación, se comparan los resultados al inicio del estudio, para entonces comparar los resultados entre los grupos al finalizar las intervenciones. Posteriormente, se realiza un análisis intra-grupo que nos permite conocer el comportamiento de cada una de las modalidades de intervención.

### ***Confiabilidad del instrumento de valoración del apoyo social***

La fiabilidad de la Escala de Apoyo Social (MOS-SSS), en esta aplicación alcanzó un  $\alpha$  de Cronbach de 0,972, mientras sus sub-escalas alcanzaron fiabilidades desde 0,849 a 0,961. Todo ello indica un buen desempeño desde el punto de vista de la estabilidad de la medida.

### ***Situación previa a los tratamientos en cuanto a apoyo social***

En las Tablas 99 y 100 se evalúa si al inicio de los tratamientos se presentaban diferencias significativas al compararlos en su conjunto. Esto se observa en las siguientes Tablas.

**Tabla 99:** ANOVA sobre la *Escala de Apoyo Social* en situación pre-tratamiento entre las tres situaciones experimentales

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Red Familiar	Inter-grupos	50,636	2	25,318	,664	,524
	Intra-grupos	876,903	23	38,126		
	Total	927,538	25			
Apoyo Global	Inter-grupos	237,543	2	118,772	,233	,794
	Intra-grupos	11739,110	23	510,396		
	Total	11976,654	25			
Apoyo Instrumental	Inter-grupos	46,492	2	23,246	,876	,430
	Intra-grupos	610,123	23	26,527		
	Total	656,615	25			

**Tabla 100:** Prueba *K* no paramétrica de Kruskal Wallis Escala de *Apoyo Social* en situación pre-tratamiento

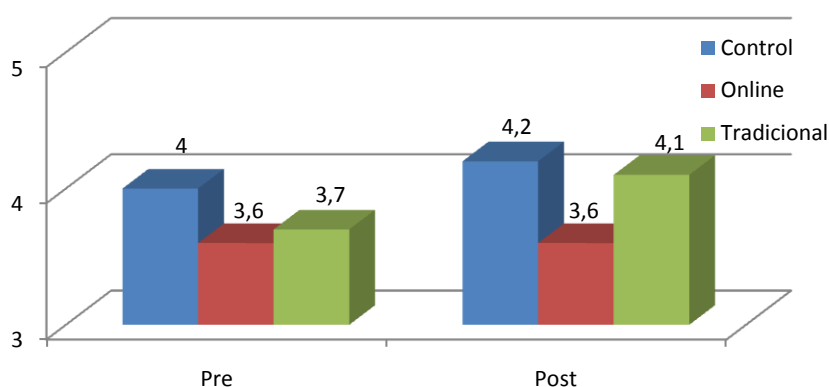
	$\chi^2$	gl	Sig.
Red Amigos	,193	2	,908
Apoyo Emocional	,635	2	,728
Interacción Social Positiva	,765	2	,682
Apoyo Afectivo	,831	2	,660

Todo este análisis inicial nos señala que al inicio de tratamiento no existían diferencias en ninguno de los niveles de análisis del apoyo social. A continuación se realiza el mismo análisis pero con las distribuciones que se obtienen con las mediciones realizadas al finalizar los tratamientos. Se comienza con un análisis descriptivo.

## ***Análisis descriptivo del apoyo social al inicio y al finalizar los tratamientos***

La observación de las Figura 59 a 60, nos indican que al parecer el grupo control tiene medidas algo más altas de apoyo, mientras que el grupo online sería quien carecería más de éste.

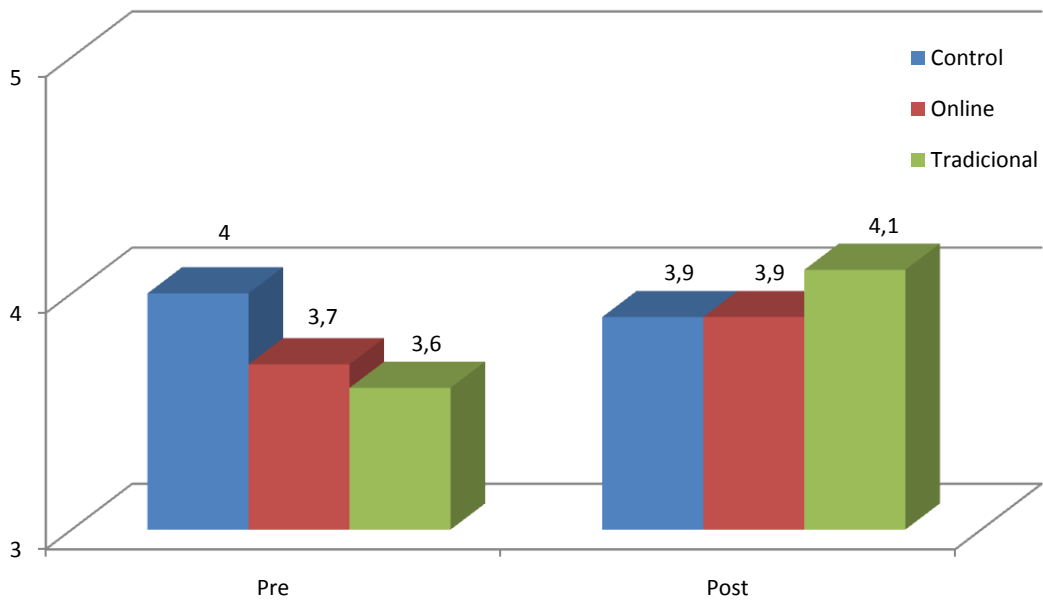
**Figura 59:** Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del *apoyo social* al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la escala total



Concretamente, las diferencias se harían más amplias en el apoyo instrumental. Específicamente, en la Figura 59 se indican las medias obtenidas por los tres grupos en la escala total. En ella es posible observar que el apoyo social pareciera no sufrir cambios en el grupo online, cosa que sí ocurre en los otras situaciones experimentales (tradicional y control). Sobre todo, se observa un mayor apoyo social en el grupo control.

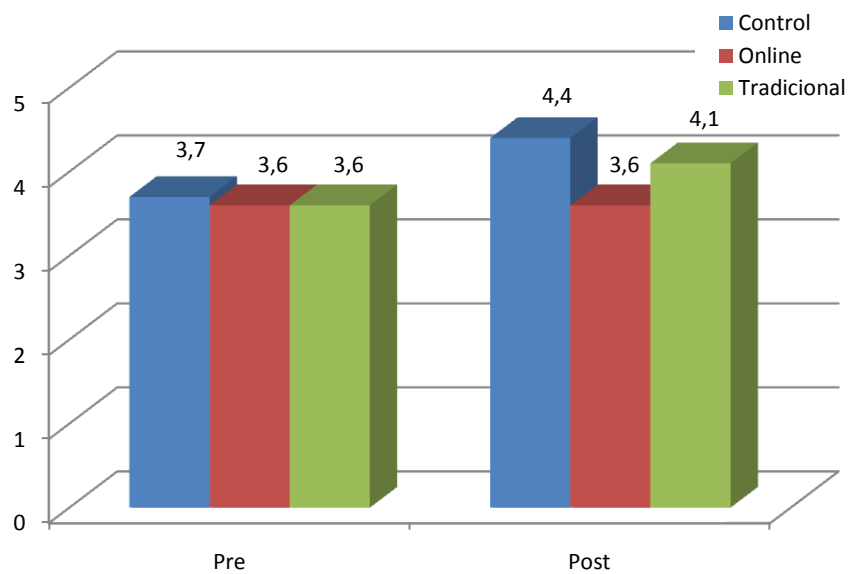
En la Figura 60, se observan las medias de la dimensión de apoyo emocional. En ella se observa un descenso de este tipo de apoyo en el grupo control y un aumento en los grupos psicoeducacionales (tradicional y online). Es decir, al parecer la psicoeducación tendría algún efecto en el apoyo emocional.

**Figura 60:** Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del *apoyo social* al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de apoyo emocional



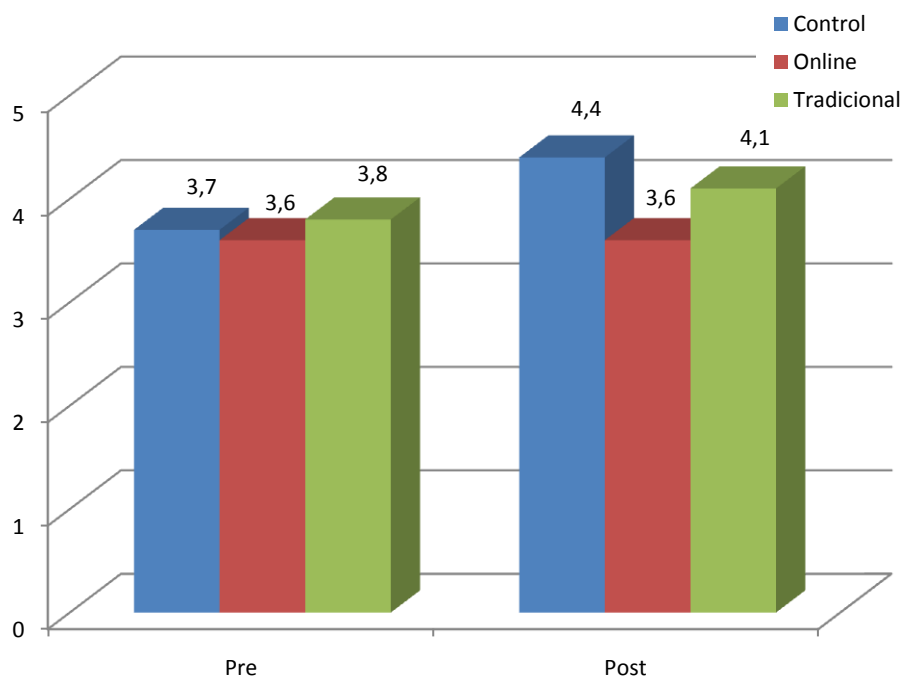
La siguiente Figura (61), señala las medias grupales en la dimensión de interacción social positiva. En este caso, las medias aumentan con el paso del tiempo en los grupos control y tradicional. Mientras, en la condición online no se observan efectos del tratamiento en la interacción social positiva.

**Figura 61:** Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del *apoyo social* al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de interacción social positiva



En la Figura 62, se señalan las medias de los grupos experimentales en la dimensión de apoyo instrumental. Nuevamente en este caso es el grupo control el que obtiene una mayor mejora entre la situación previa y posterior, seguido del grupo tradicional. En el grupo online no se observan cambios importantes.

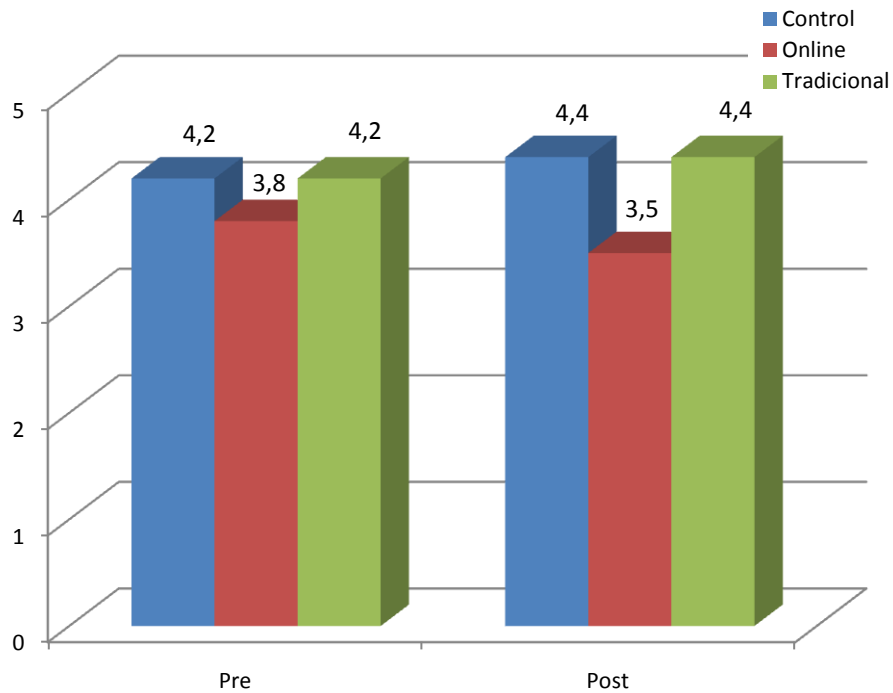
**Figura 62:** Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del *apoyo social* al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de apoyo instrumental



La Figura 54 indica las medias grupales en la dimensión de apoyo afectivo, en este caso el comportamiento de los grupos es similar a las situaciones anteriores: tanto el grupo control como el tradicional mejoran. En este caso en el grupo online se observa un descenso del apoyo afectivo al transcurrir nueve meses de intervención.



**Figura 63:** Resultados descriptivos ( $\bar{x}$ ), del *apoyo social* al inicio y finalizado los tratamientos en los tres grupos en la dimensión de apoyo afectivo



### ***Análisis inferencial del apoyo social entre los tres grupos experimentales***

Se presenta en la siguiente Tabla (101), los resultados de un ANOVA en donde no se observan diferencias significativas en las medidas realizadas al finalizar los tratamientos

Todo el análisis anterior nos señala que no existen diferencias significativas en ninguno de los componentes o dimensiones de la escala de apoyo social al realizar las comparaciones inter-grupales, de modo que los tratamientos sólo tendrían un efecto descriptivo en esta área evaluada. El siguiente análisis posible es examinar el efecto de los tratamientos desde un punto de vista intra-grupal.

**Tabla 101:** ANOVA entre los grupos al finalizar los tratamientos en cuanto al *apoyo social*

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Red Familiar	Inter-grupos	158,159	2	79,079	2,398	,119
	Intra-grupos	593,651	18	32,981		
	Total	751,810	20			
Amigos	Inter-grupos	163,238	2	81,619	1,547	,240
	Intra-grupos	949,714	18	52,762		
	Total	1112,952	20			
Apoyo Emocional	Inter-grupos	15,263	2	7,632	,092	,913
	Intra-grupos	1496,546	18	83,141		
	Total	1511,810	20			
Interacción Social Positiva	Inter-grupos	32,102	2	16,051	,805	,462
	Intra-grupos	358,851	18	19,936		
	Total	390,952	20			

Y en la siguiente Tabla (102), la prueba no paramétrica tampoco informa de resultados significativos.

**Tabla 102:** Prueba *K* no paramétrica de Kruskal Wallis entre los grupos al finalizar los tratamientos en cuanto al *apoyo social*

	$\chi^2$	df	Sig.
Apoyo Global	,506	2	,777
Apoyo Instrumental	2,283	2	3,040
Apoyo Afectivo	,319	2	,219

### ***Análisis inferencial del apoyo social desde un punto de vista intra-sujeto***

Desde el análisis intra-sujeto se comienza con un análisis descriptivo que ha sido expresado mediante trayectoria de medias con las medidas al inicio y al finalizar las intervenciones, y posterior a ello se realiza el análisis inferencial. La presentación de resultados comienza con el grupo tradicional, online y finaliza con el grupo control.

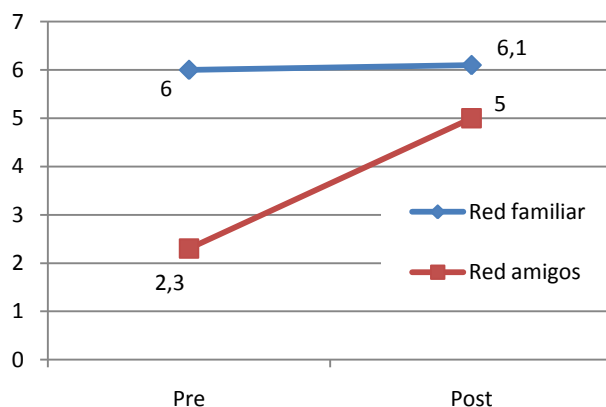
### Análisis del grupo tradicional

En un principio se presentan diversas figuras descriptivas que permiten orientar respecto a los cambios que se producen en los diferentes componentes del apoyo social; y a continuación se realiza un análisis inferencial.

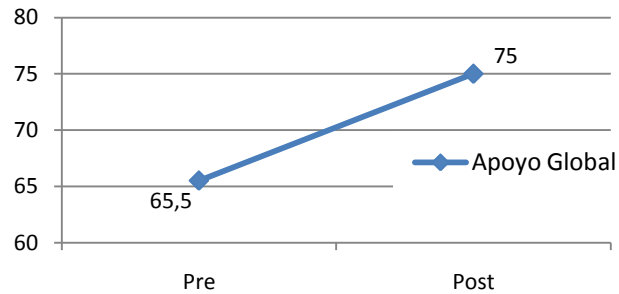
### Análisis descriptivo

En la Figura 64 se observa la trayectoria del apoyo social en cuanto al tamaño de la red social, específicamente en cuanto a red social familiar y la red de amigos que reconocen los participantes del grupo tradicional. En ella se puede observar el aumento de la red social de amigos. Por otro lado la Figura 65 nos muestra el aumento del apoyo global en el grupo tradicional al comparar la medición previa al tratamiento con la posterior a nueve meses de tratamiento.

**Figura 64:** Trayectoria de la cantidad de miembros de la red social de los participantes del grupo tradicional expresada en puntuaciones medias entre el período de inicio hasta los nueve meses de tratamiento

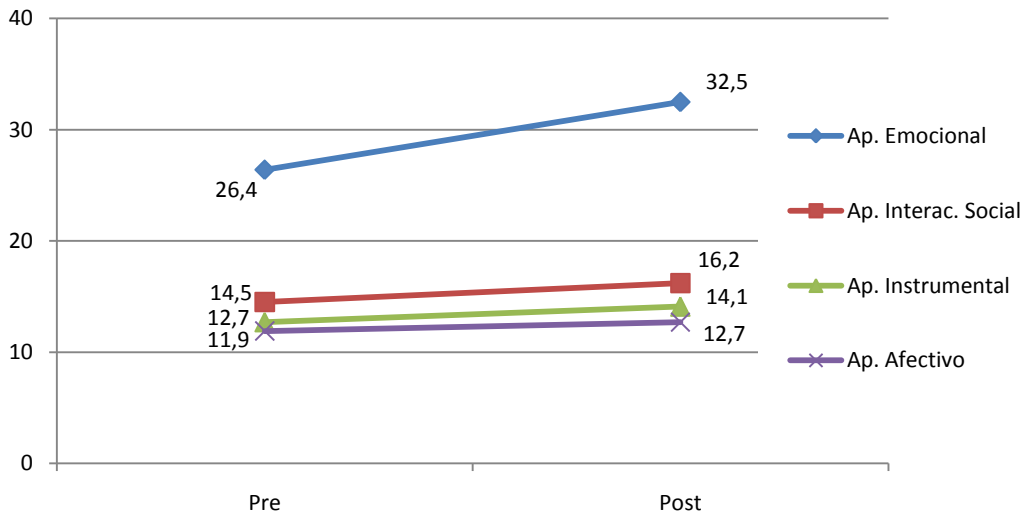


**Figura 65:** Trayectoria del *apoyo social global* de los participantes del grupo tradicional expresada en puntuaciones medias del período de inicio hasta los nueve meses de tratamiento



En la Figura 66 se presenta la evolución de las diferentes dimensiones del apoyo social durante el tratamiento tradicional. Esta Figura se observa que todas las dimensiones tienden a aumentar pero la que lo hace de una manera más notable es la de apoyo emocional.

**Figura 66:** Trayectoria de las *dimensiones del apoyo social* de los participantes del grupo tradicional expresada en puntuaciones medias el período de inicio hasta los nueve meses de tratamiento



## **Análisis inferencial**

Después de la observación de las figuras descriptivas, parecería que el tratamiento tradicional tiene algún efecto a nivel de la red social. Las siguientes Tablas nos confirman que las diferencias en las puntuaciones se hacen significativas en la red de amigos; el apoyo social global y el apoyo emocional (Tablas 103 y 104).

**Tabla 103:** Prueba  $\tau$  para muestras relacionadas grupo tradicional en cuanto a las dimensiones del apoyo social

	$\tau$	gl	Sig.
Red familiar	-,161	9	,876
<b>Red amigos</b>	<b>-2,613</b>	<b>9</b>	<b>,028*</b>
<b>Apoyo global</b>	<b>-2,505</b>	<b>9</b>	<b>,034*</b>
Apoyo instrumental	-1,163	9	,275

**Tabla 104:** Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas grupo tradicional cuanto a las dimensiones del apoyo social

	Z	Sig.
<b>Ap. Emocional</b>	<b>-2,536</b>	<b>,011*</b>
Apoyo afectivo	-1,300	194
Interac. Social Positiva	-1,442	149

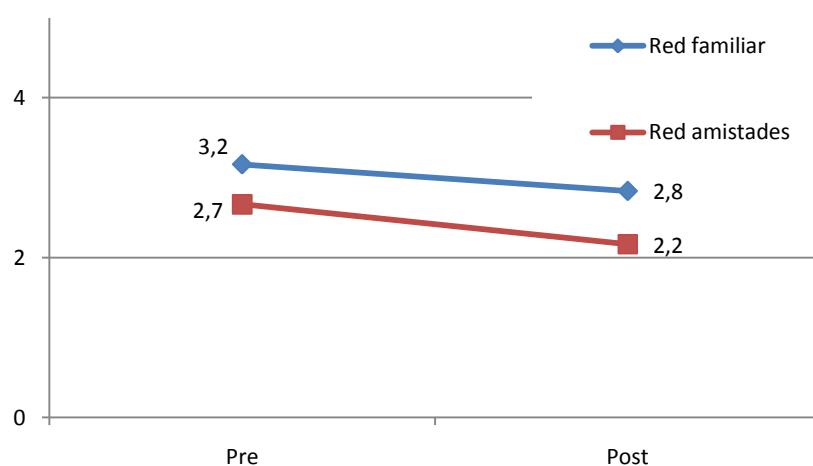
## **Análisis del grupo online**

En un principio se presentan diversas figuras descriptivas que permiten orientar respecto a los cambios que se producen en los diferentes componentes medidos del apoyo social. Posteriormente, se realiza un análisis inferencial de las medidas de apoyo social en el grupo online comparando el nivel del inicio con el nivel a los nueve meses de tratamiento.

## Análisis descriptivo

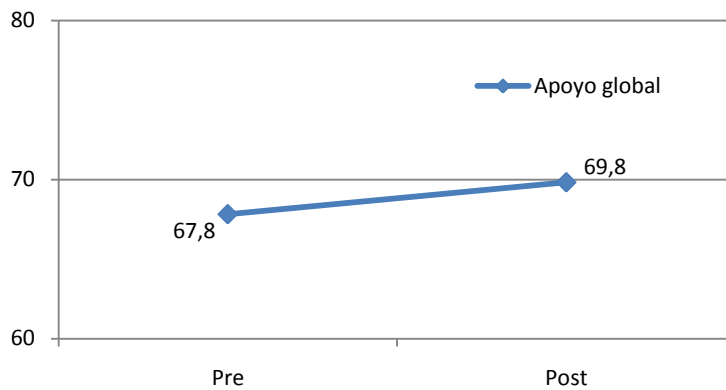
En la Figura 67, se presenta la red social de los participantes del grupo online al inicio y pasado nueve meses de tratamiento psicoeducativo. Esta Figura presenta un leve declive a lo largo de la intervención en ambas medidas. De este modo, al parecer el grupo online tuvo redes sociales familiares y de amistades con menos miembros al finalizar la intervención experimental. Sobre el mismo aspecto y si comparamos la red social del grupo online con el tradicional podemos observar como el grupo online, desde un inicio, cuentan con una red social más escasa. Esta situación puede deberse al criterio de selección de la muestra en donde las personas que recibieron el tratamiento online se caracterizaban por manifestar alguna dificultad de acceso al tratamiento tradicional.

**Figura 67:** Medias de la *red social de amigos y familiares* como componentes del apoyo social en el grupo online al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



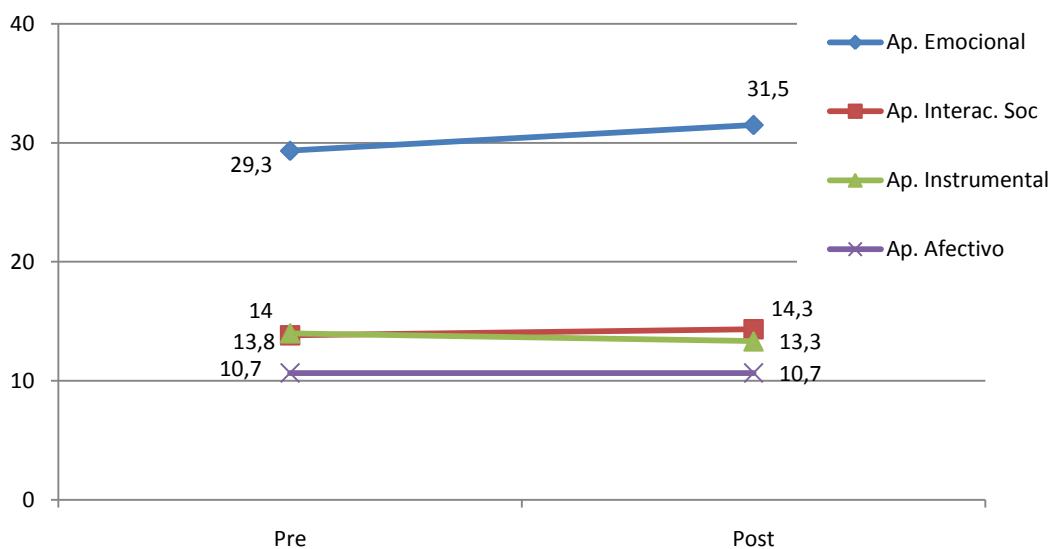
En la Figura 68 se presentan las medias de apoyo social global en el grupo online. En este caso se observa una leve tendencia al aumento del apoyo global al comparar la media del inicio con que se obtiene nueve meses después. Si se relaciona este resultado con el señalado en la Figura anterior (67) es posible reflexionar que quizás el tratamiento online, en cuanto a efectos en el apoyo social, genere apoyo en dimensiones específicas que parecieran no relacionarse con la cantidad de miembros de la red social.

**Figura 68:** Medias de *apoyo global* como componentes del apoyo social en el grupo online al inicio y nueve meses después



Finalmente, en cuanto a los resultados descriptivos del apoyo social en el grupo online, la Figura 69 presenta las diferentes dimensiones del apoyo social que considera la escala MOS-SSS. Todas las trayectorias tienden hacia un pequeño efecto positivo de la intervención mediante ciberterapia en las dimensiones del apoyo social. Pareciera que es en el apoyo emocional en donde el efecto pudiese ser algo mayor debido a la inclinación que marca la comparación de las medias. Estas tendencias serán confrontadas en un análisis inferencial.

**Figura 69:** Medias de *apoyo global* como componentes del apoyo social en el grupo online al inicio y nueve meses después



## Análisis inferencial

Las Tablas 105 y 106 nos presentan los resultados de las pruebas inferenciales utilizadas para comprobar el comportamiento de las variables de apoyo social dentro del grupo experimental que recibió un tratamiento online. En ellas se observan que ninguna de las dimensiones sufre un efecto significativo al comparar las mediciones al inicio y posterior a nueve meses de tratamientos.

**Tabla 105:** Prueba  $\tau$  para muestras relacionadas grupo online en cuanto al *apoyo social*

	$\tau$	gl	Sig.
Red familiar	1,000	5	,363
Red amigos	,374	5	,723
Apoyo global	-,403	5	,703
Apoyo instrumental	,652	5	,543

**Tabla 106:** Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas grupo online en cuanto al *apoyo social*

	Z	Sig.
Ap. Emocional	-,730	,465
Apoyo afectivo	,000	1,000
Interac. Social Positiva	-,736	,461

## Análisis del grupo control

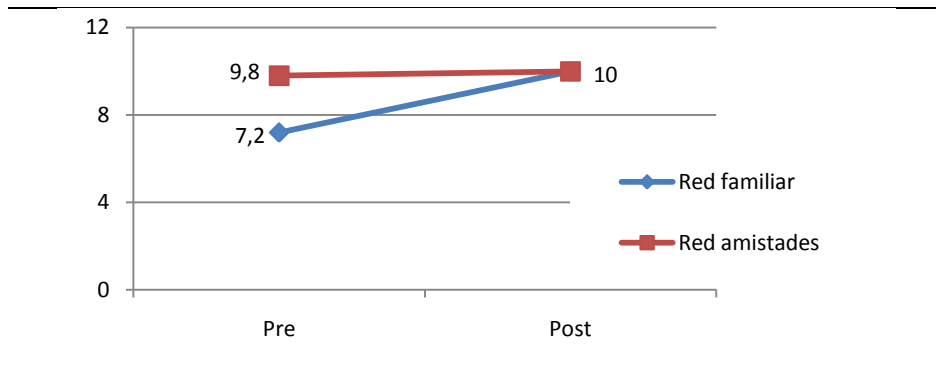
En un principio se presentan diversas figuras descriptivas que permiten orientar respecto a los cambios que se producen en los diferentes componentes medidos del apoyo social. A continuación se realiza un análisis inferencial.



### Análisis descriptivo

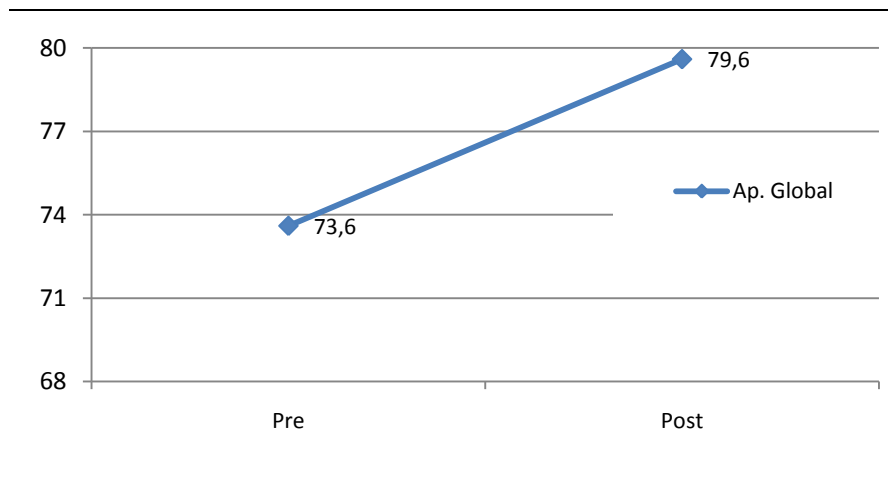
La Figura 70 nos presenta el tamaño de la red social expresada en las medias familiares y amistades con las que señalan contar los miembros del grupo control. En este caso se observa que al avanzar el tiempo el grupo control tiende a aumentar el apoyo de los familiares mientras, las amistades se mantienen como una constante.

**Figura 70:** Tamaño de la *red social familiar y de amistades* expresado en medias del grupo control al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



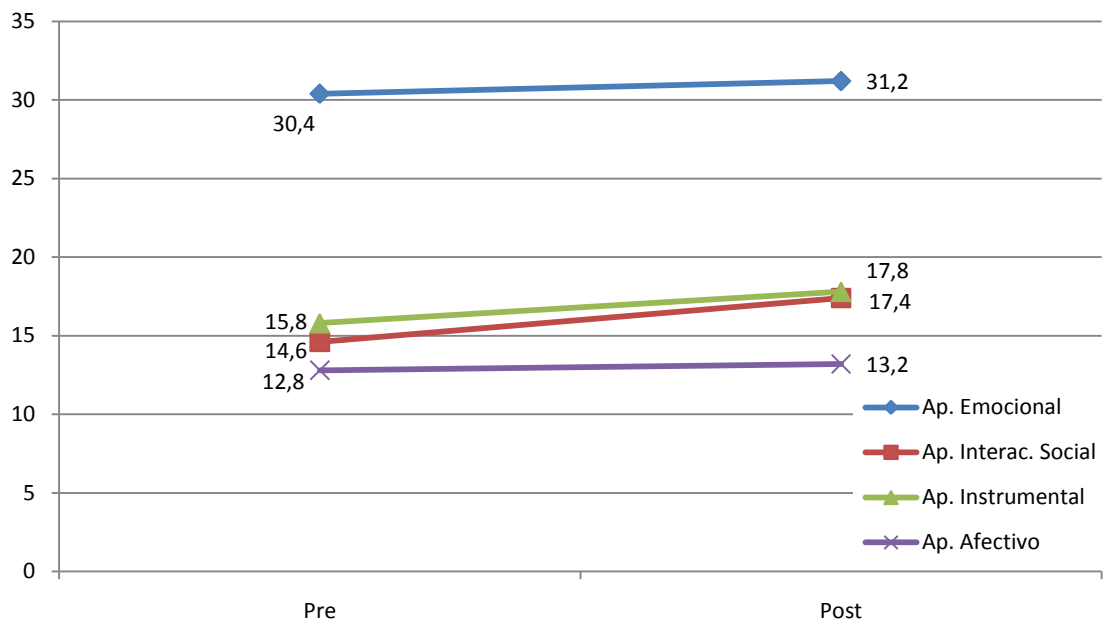
La Figura 71 se presenta el resultado del apoyo social global, en el que la trayectoria indica un aumento del apoyo social debido al paso del tiempo en el grupo control.

**Figura 71:** *Apoyo social global* expresado en medias del grupo control



En la Figura 72 se presentan los resultados en cada una de las dimensiones de la escala de apoyo social MOS-SSS. En ella se observa una leve tendencia al aumento del apoyo social. La significación de estas trayectorias deben ser confrontadas con una prueba inferencial como se realiza a continuación.

Figura 72: Apoyo social global expresado en medias del grupo control



### Análisis inferencial

Las Tablas 107 y 108 no señalan que solamente en la dimensión de interacción social positiva se observa una diferencia. En este caso, es un efecto que no se produce en los otros grupos experimentales.

Tabla 107: Prueba  $\tau$  para muestras relacionadas grupo control al inicio y transcurridos nueve meses de tratamientos en cuanto al *apoyo social*

	$\tau$	df	Sig.
Red familiar	-1,273	4	,272
Apoyo emocional	-2,138	4	,099
<b>Apoyo interacción social positiva</b>	<b>-3,255</b>	<b>4</b>	<b>,031*</b>

**Tabla 108:** Prueba de Rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas grupo control al inicio y transcurridos nueve meses en cuanto al *apoyo social*

	Z	Sig.
Red amistades	,000a	1,000
Apoyo afectivo	-1,414b	,157
Apoyo global	-1,826b	,068
Apoyo instrumental	-1,069	,285

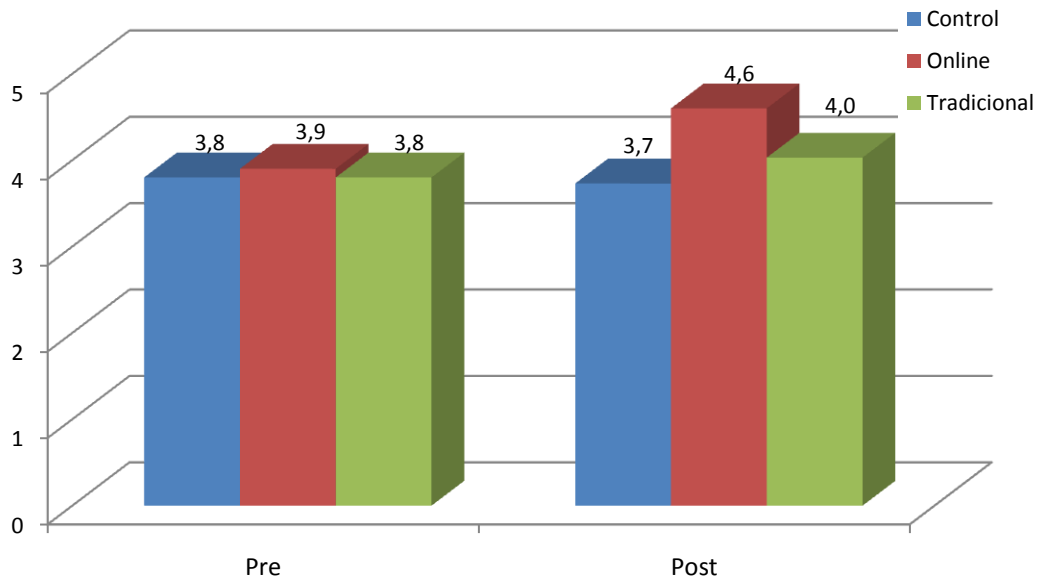
### ***Satisfacción con el servicio de psiquiatría***

El primer paso del análisis de los resultados de la satisfacción fue determinar algunos supuestos que orienten la elección de las pruebas a utilizar. La fiabilidad obtenida mediante esta aplicación de la escala de Verona de Satisfacción con el Servicio de Psiquiatría fue alta ( $\alpha$  de Cronbach 0.961).

### ***Resultados descriptivos respecto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría***

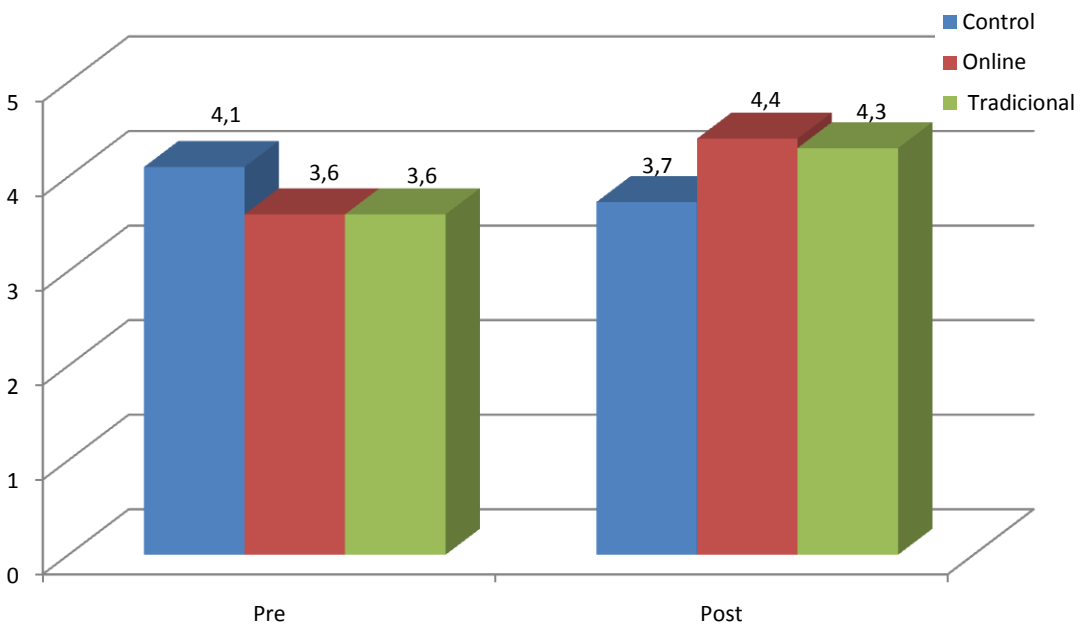
A continuación del análisis de fiabilidad se realizó una exploración de los resultados los que se resumen en las Figura 73 a 74. En la primera Figura (73), se señalan las medias de los tres grupos experimentales en cuanto a la satisfacción global con el servicio de psiquiatría. En dicha Figura se observa que quienes reciben algún tipo de tratamiento psicoeducativo, ya sea tradicional u online, aumentan su satisfacción con el servicio de psiquiatría transcurrido nueve meses de tratamientos; es aumento en la satisfacción pareciera ser mayor en la situación online.

**Figura 73:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de *satisfacción global* de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



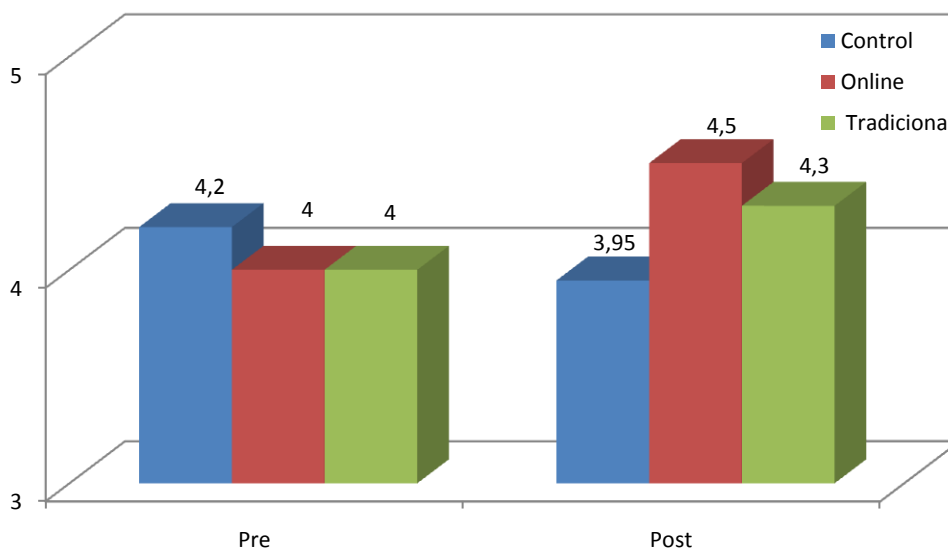
En la Figura 74, se observan las medias grupales en la dimensión de información; en este caso ambas intervenciones psicoeducativas aumentan la puntuación en esta escala. Mientras, en el grupo control se observa un leve descenso.

**Figura 74:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión *información* de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



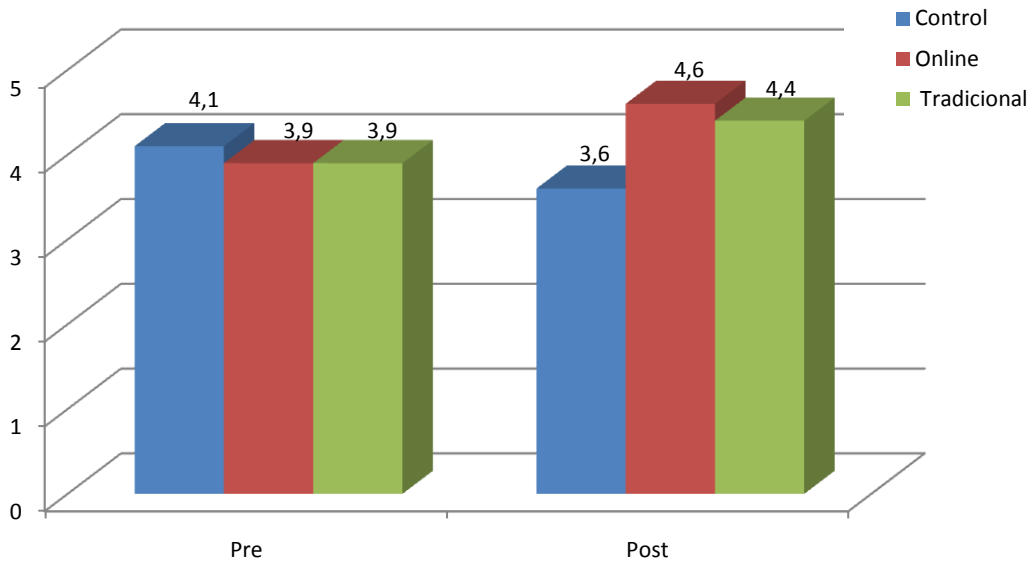
En la siguiente Figura (75), se observan los resultados medios en la dimensión competencia de la escala de satisfacción con el servicio. En este caso es en el grupo online en donde se observa el mayor aumento, seguido del grupo tradicional. Nuevamente en el grupo control se observa un descenso.

**Figura 75:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión *competencia* de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento

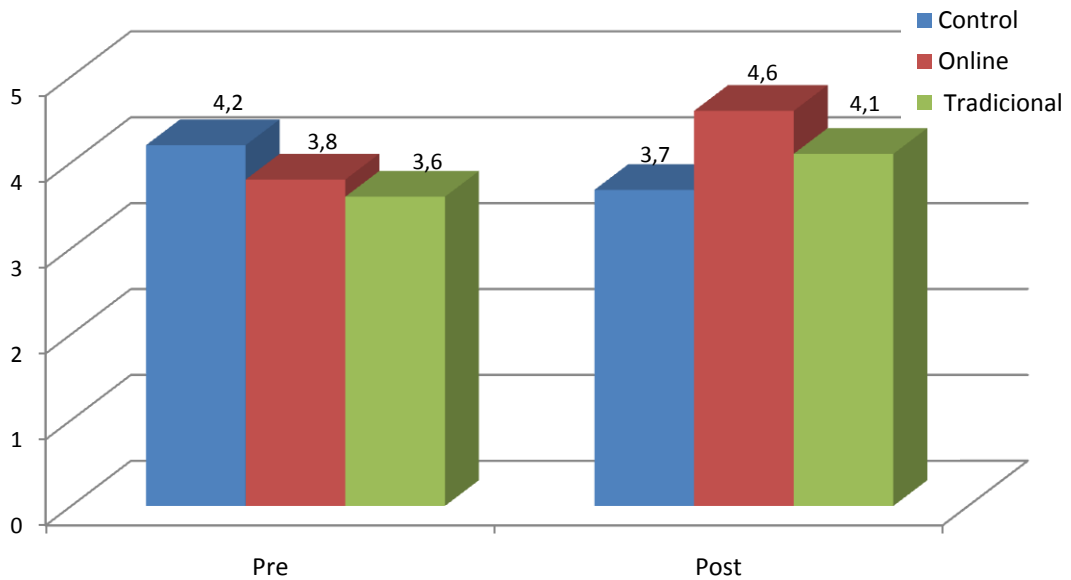


En cuanto a la accesibilidad (Figura 76), las medias grupales señalan un aumento en la puntuación de esta dimensión en ambos grupos de tratamientos al transcurrir nueve meses; en el grupo control se observa un descenso. A continuación (Fig. 77), se observa la dimensión que valora la satisfacción con la eficacia del servicio de psiquiatría. Pasados nueve meses de tratamientos, nuevamente se observa un descenso en la puntuación por parte del grupo control y un aumento de los grupos psicoeducativos; en donde de nuevo son los miembros del grupo online quienes puntúan más alto.

**Figura 76:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión *accesibilidad* de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento

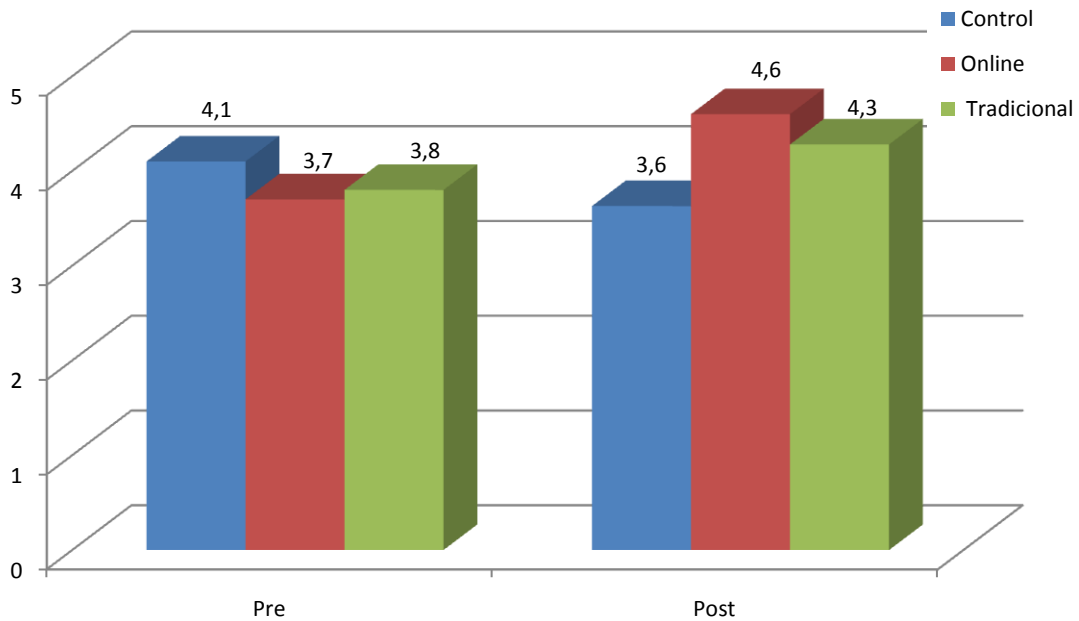


**Figura 77:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión *eficacia* de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



La Figura 78 presenta los resultados en referidas a la implicación familiar. Esta, indica las mismas tendencias de los anteriores resultados: un descenso en el grupo control, y un aumento en los grupos psicoeducativos con un predominio de la situación online.

**Figura 78:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión *implicación familiar* de las tres situaciones experimentales en la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



### ***Análisis inferencial sobre la satisfacción con el servicio de psiquiatría***

Se procedió a aplicar la Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados de este análisis determinan el tipo de prueba a utilizar en la comparación inferencial del efecto de las diferentes situaciones experimentales. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) entre los tres grupos en sus condiciones pre, con el sentido de determinar si antes de los tratamientos existían diferencias en las diferentes dimensiones de la satisfacción. Estos resultados se encuentran en la Tabla 109.

**Tabla 109:** ANOVA *satisfacción con el servicios* todos los grupos participantes en la situación previa a los tratamientos

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Información	Inter-grupos	8,604	2	4,302	1,025	,375
	Intra-grupos	96,511	23	4,196		
	Total	105,115	25			
Competencia	Inter-grupos	147,474	2	73,737	,600	,557
	Intra-grupos	2826,565	23	122,894		
	Total	2974,038	25			
Eficacia	Inter-grupos	84,324	2	42,162	1,919	,169
	Intra-grupos	505,214	23	21,966		
	Total	589,538	25			
Implicación Familiar	Inter-grupos	23,904	2	11,952	,954	,400
	Intra-grupos	288,135	23	12,528		
	Total	312,038	25			

En la Tabla 110 se presentan los resultados de la Prueba *K* de Kruskal Wallis al comparar los tres grupos (online, tradicional y control) en las dimensiones de satisfacción que no se distribuyen normalmente en la situación pre-test.

**Tabla 110:** Prueba *K* no paramétrica de Kruskal Wallis en la *satisfacción con los servicios* previa a los tratamientos

	$\chi^2$	df	Sig.
Satisfacción Global	,041	2	,980
Accesibilidad	,097	2	,953

Los resultados anteriores nos señalan que al inicio de las intervenciones, los tres grupos no tienen diferencias significativas en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría.



### Análisis sobre la satisfacción con el servicio de psiquiatría transcurridos a nueve meses

A continuación de realizar los tratamientos de ciberterapia y psicoeducación tradicional los resultados en cuanto a la satisfacción se observan en las Tablas 111 (dimensiones con distribución normal) y 112 (prueba no paramétrica).

**Tabla 111:** ANOVA *satisfacción con los servicios* posterior a los tratamientos en los tres grupos al inicio y transcurridos nueve meses

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Satisfacción global	Inter-grupos	20,025	2	10,013	1,513	,247
	Intra-grupos	119,117	18	6,618		
	Total	139,143	20			
Información	Inter-grupos	13,295	2	6,648	1,822	,190
	Intra-grupos	65,657	18	3,648		
	Total	78,952	20			
Competencia	Inter-grupos	425,295	2	212,648	1,135	,344
	Intra-grupos	3373,657	18	187,425		
	Total	3798,952	20			
Eficacia	Inter-grupos	147,657	2	73,829	2,249	,134
	Intra-grupos	590,914	18	32,829		
	Total	738,571	20			
Implicación familiar	Inter-grupos	94,152	2	47,076	3,303	,060
	Intra-grupos	256,514	18	14,251		
	Total	350,667	20			

**Tabla 112:** Prueba *K* no paramétrica de Kruskal Wallis en la *satisfacción con los servicios* previa a los tratamientos

	$\chi^2$	df	Sig.
<b>Accesibilidad</b>	<b>6,555</b>	<b>2</b>	<b>,038*</b>

Los resultados anteriores nos señalan que existen diferencias significativas en la dimensión de accesibilidad de la satisfacción al recibir los tratamientos de psicoeducación. Para determinar en qué grupo específico se produce el efecto en la dimensión accesibilidad se realizó un análisis en pares de grupos.

En la Tabla 113 se presentan los resultados para la dimensión Accesibilidad de la Satisfacción entre el grupo online y control, la cual no se distribuye normalmente por lo que se utilizó la Prueba  $\mu$  de Mann Whitney.

**Tabla 113:** Resultados de la Prueba no paramétrica  $\mu$  de Mann Whitney para la dimensión accesibilidad de la satisfacción entre los grupos control y online

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
<b>Accesibilidad</b>	<b>3,000</b>	<b>18,000</b>	<b>-2,649</b>	<b>,018*</b>

Los resultados anteriores señalan que la satisfacción difiere entre el grupo control y el grupo online en la dimensión de accesibilidad de la escala de satisfacción con el servicio de psiquiatría. Estos resultados no se observan al hacer las mismas comparaciones en las mediciones previas al desarrollo del tratamiento.

Para determinar el real efecto del tratamiento online en la satisfacción es conveniente examinar el efecto que tiene en el grupo tradicional al compararlo con el grupo control, realizado el mismo análisis no se observan diferencias significativas en ninguna de las dimensiones.

Asimismo, es interesante la comparación entre el grupo tradicional y online en las variables relacionadas con la satisfacción. Al igual que en el anterior análisis los resultados no son significativos en ninguna de las dimensiones de la escala.

#### **Análisis Intra-sujeto respecto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría**

Una vez realizado el análisis entre sujetos, que en este caso evalúa el efecto de los tratamientos en los grupos, es conveniente realizar una prueba Intra-sujetos, que valore el efecto de los tratamientos en cada sujeto. Estas se realizaron mediante la Prueba  $\tau$  de Student

y la Prueba  $W^+$  de Signos de Wilcoxon. Los resultados para el grupo tradicional se observan en la Tabla 114 y 115; los del grupo de ciberterapia en las Tablas 116 y 117; y finalmente en las Tablas 118 y 119 se encuentran los resultados en el grupo control.

**Tabla 114:** Prueba  $\tau$  intra-sujeto para la *satisfacción con los servicios* del grupo tradicional

	$\tau$	gl	Sig.
Satisfacción global	-,124	7	,905
Información	-2,023	7	,083
Competencia	-1,023	7	,340
Eficacia	-1,312	7	,231
Implicación familiar	-1,685	7	,136

**Tabla 115:** Prueba de Rango de Wilcoxon para la *satisfacción con el servicio* del grupo tradicional

	Z	Sig.
<b>Accesibilidad</b>	<b>-2,070</b>	<b>,038*</b>

Las Tablas 114 y 115 nos señalan que en el grupo tradicional el efecto de la psicoeducación en cuanto a satisfacción sería un aumento de la accesibilidad.

Las Tablas 116 y 117 nos señalan que existen diferencias significativas en todas las dimensiones de la escala de satisfacción entre los sujetos que reciben el tratamiento online comparando sus medidas previas al tratamiento y posterior al tratamiento.

**Tabla 116:** Prueba  $\tau$  intra-sujeto para la *satisfacción con el servicio* del grupo online

	$\tau$	gl	Sig.
<b>Información</b>	<b>-3,060</b>	<b>6</b>	<b>,022*</b>
<b>Competencia</b>	<b>-2,497</b>	<b>6</b>	<b>,047*</b>
<b>Eficacia</b>	<b>-2,658</b>	<b>6</b>	<b>,038*</b>
<b>Implicación familiar</b>	<b>-3,767</b>	<b>6</b>	<b>,009**</b>

**Tabla 117:** Prueba de Rango de Wilcoxon para la *satisfacción con los servicios* del grupo online

	Z	Sig.
<b>Satisfacción global</b>	<b>-2,014<sup>a</sup></b>	<b>,044*</b>
<b>Accesibilidad</b>	<b>-2,070<sup>a</sup></b>	<b>,038*</b>

Como se observa en las Tablas, los análisis intra-sujetos nos indican que la psicoeducación en cualquiera de sus formas (tradicional u online) mejora la satisfacción con la accesibilidad, mientras que la psicoeducación online aumenta significativamente todas las dimensiones de satisfacción, no así en el grupo control (Tablas 118 y 119).

**Tabla 118:** Prueba  $\tau$  intra-sujeto para la *satisfacción con los servicios* del grupo control

	$\tau$	gl	Sig.
Información	,206	4	,847
Competencia	-,504	4	,640
Eficacia	,245	4	,818
Implicación familiar	1,826	4	,142

**Tabla 119:** Prueba de Rango de Wilcoxon para la *satisfacción* del grupo online

	Z	Sig.
Satisfacción global	-,184a	,854
Accesibilidad	,000	1,000

## ***Resultados en salud general***

Los resultados en el área de salud general comienzan con la confiabilidad que resulta de la aplicación de la escala GHQ-28 en familiares de personas con esquizofrenia. A continuación, se señalan los resultados descriptivos expresados en figuras de medias. Finalmente, se realiza el análisis inferencial que permite comparar las distribuciones de los tres grupos.

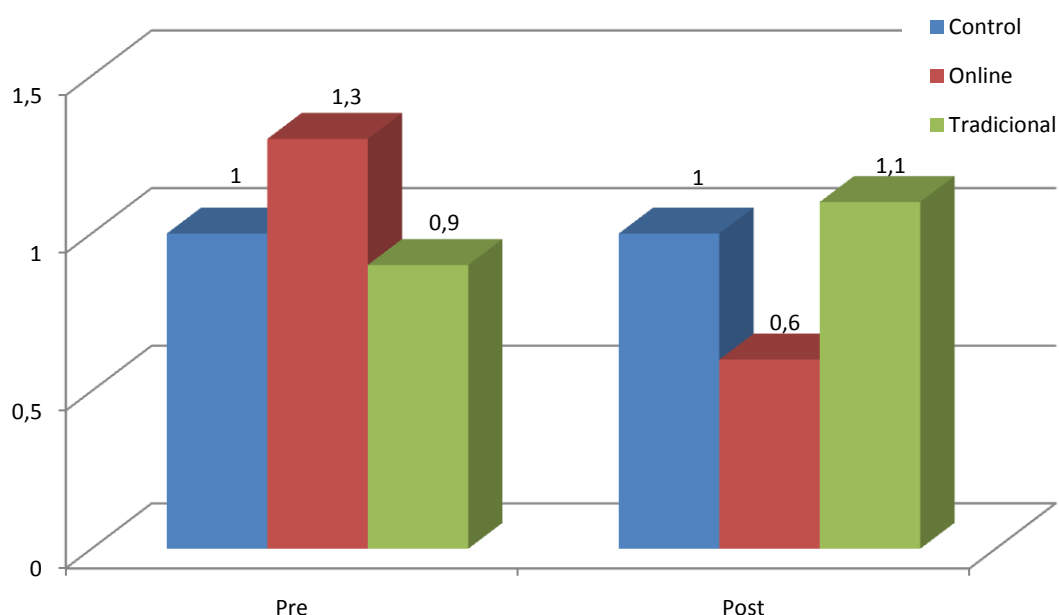
### **Confiabilidad del instrumento de valoración de la salud general**

El  $\alpha$  de Cronbach resultante de la aplicación de la Escala GHQ-28 fue de 0,920. Los resultados del mismo estadístico en las dimensiones que constituyen la escala alcanzaron entre un 0,770 a 0,934. Estos datos indican una fiabilidad alta de la escala en la aplicación a familias de personas con el diagnóstico de esquizofrenia.

### **Resultados descriptivos en cuanto a la salud general**

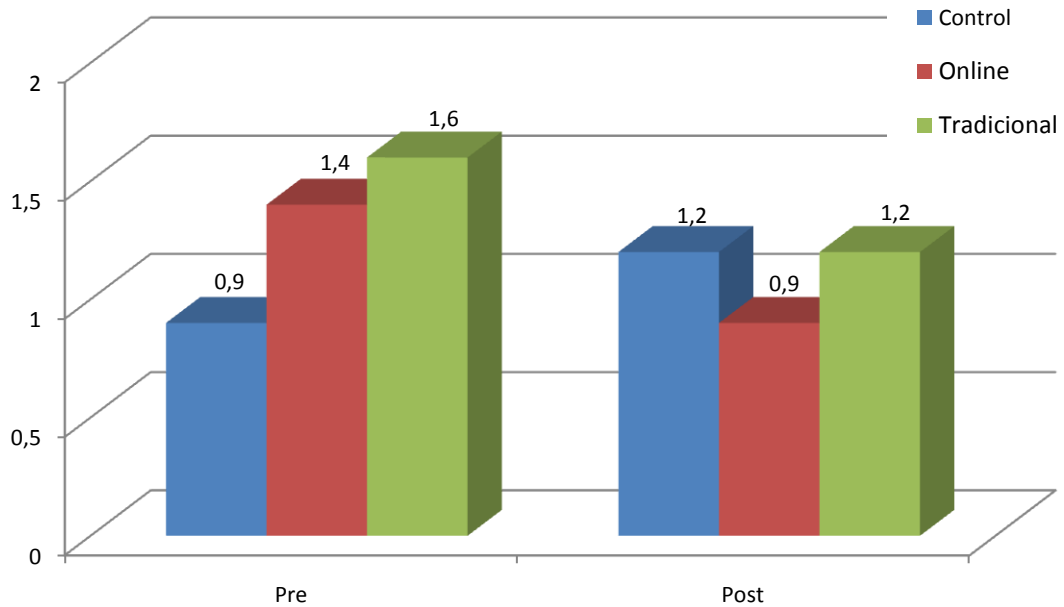
Una vez confirmada la fiabilidad del instrumento y al igual como en los anteriores análisis, el primer paso para aproximarnos a los efectos de los tratamientos es un análisis descriptivo (Figuras 79 a 80), en donde se expresan las medias de cada uno de los grupos experimentales comparando la situación previa y posterior a nueve meses de tratamiento. En la Figura 79 se observan los cambios en la dimensión de síntomas somáticos. Se comprueba que no existen mayores modificaciones en el grupo control, un leve aumento de la sintomatología en el grupo tradicional y un descenso de la sintomatología en el grupo online.

**Figura 79:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de *síntomas somáticos* de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



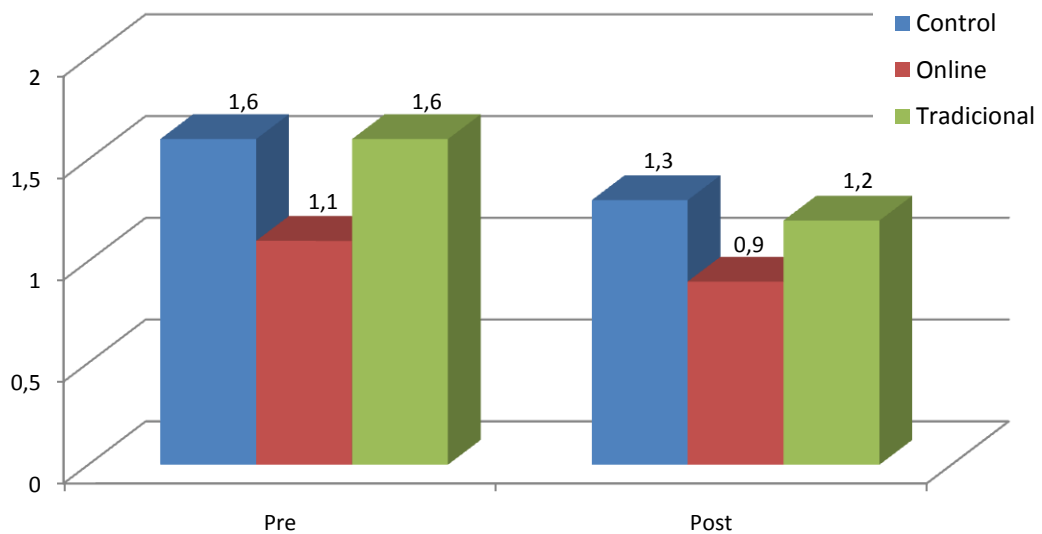
En la siguiente Figura (80), se observa que transcurridos nueve meses los síntomas de ansiedad e insomnio descienden en las tres situaciones experimentales.

**Figura 80:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de *ansiedad e insomnio* de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



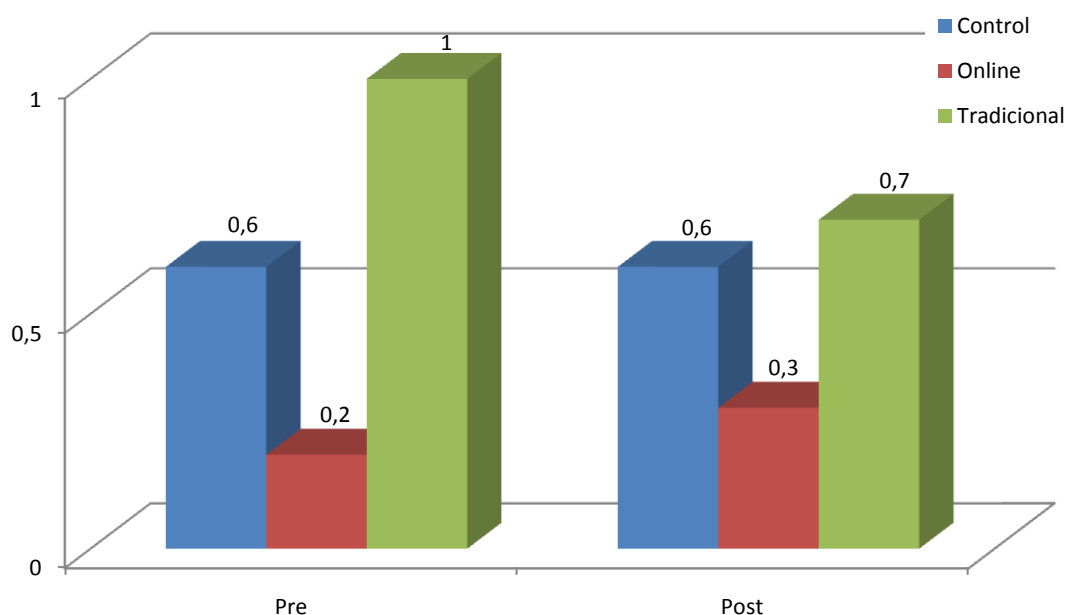
La Figura 81 señala los resultados en la dimensión de disfunción social. En ella se observa un descenso de la puntuación en los grupos control y tradicional; en el grupo online se produce un aumento de la puntuación en esta dimensión.

**Figura 81:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión de *disfunción social* de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



Los síntomas depresivos son señalados en la Figura 82. En ella se observa un descenso de la sintomatología depresiva en el grupo tradicional y un aumento de este tipo de síntomas en el grupo online. El grupo control no parece sufrir modificaciones al comparar los resultados entre la situación previa y transcurridos nueve meses.

**Figura 82:** Medias ( $\bar{x}$ ) de la dimensión sobre *depresión* de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28, resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



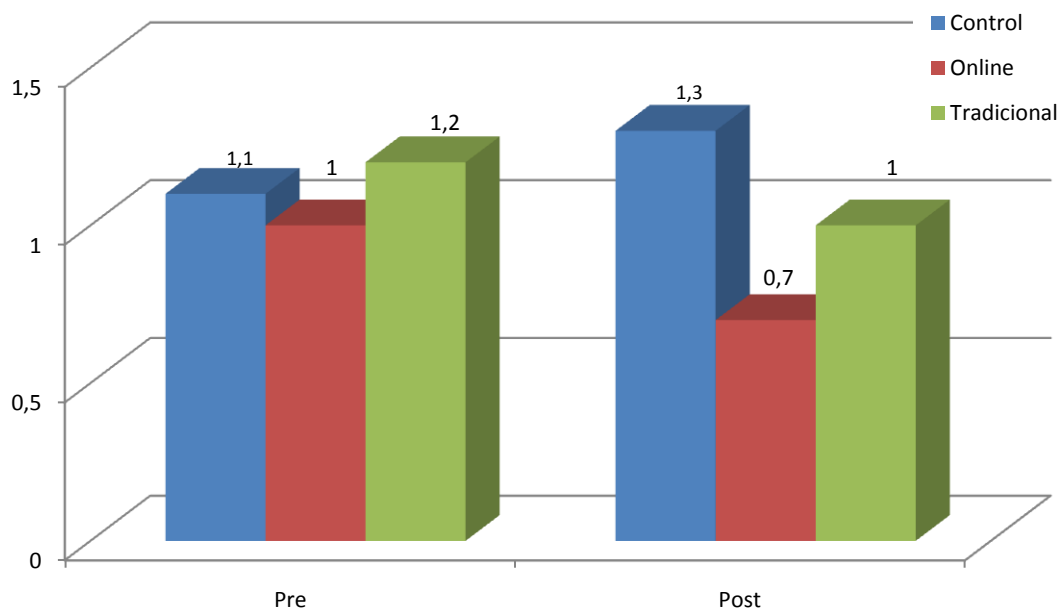
En la Figura 83 se observa que los problemas de salud general aumentan en el grupo control y disminuyen entre los participantes de los grupos psicoeducativos, con un mayor descenso en el grupo online.

### ***Análisis inferencial sobre la salud general***

Para realizar esta comprobación se hace necesario el estudio de la distribución de las muestras. Los resultados de este análisis determinan el tipo de prueba inferencial utilizada. Así, es posible realizar un análisis de varianza entre las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y la escala en su totalidad. Sin embargo, se debe utilizar un análisis no paramétrico como la Prueba de Kuskal Wallis para las dimensiones disfunción social y depresión ya que no se distribuyen normalmente.

En un inicio se presenta el resultado de la comparación de los grupos al inicio de la investigación, al finalizar los tratamientos y posteriormente un análisis intra-sujeto.

**Figura 83:** Medias ( $\bar{x}$ ) de las tres situaciones experimentales en la GHQ-28 (total), resultados al inicio y transcurridos nueve meses de tratamiento



### ***Resultados de la comparación de los resultados en la escala de salud general al inicio de la investigación o previo a los tratamientos***

El análisis de varianza de un factor no arrojó diferencias significativas entre los participantes que constituyen cada uno de los tres grupos que conforman la muestra al inicio del tratamiento (Tabla 120). Mientras la Prueba de Kuskal Wallis detallada en la Tabla 121 nos indica que al inicio de los tratamientos la dimensión de disfunción social presenta diferencias significativas al comparar a los tres grupos experimentales.

Siguiendo el resultado anteriormente expresado (Tabla 121), se hace necesario comparar el grupo online con el control. En este análisis no se encontraron diferencias significativas. No así al realizar las comparaciones entre el grupo online con las otras dos condiciones experimentales. Estos resultados se señalan en las Tablas 122 y 123.



**Tabla 120:** ANOVA para la comparación de grupos al inicio del tratamiento en la *escala de salud GHQ-28*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Síntomas somáticos	Inter-grupos	38,586	2	19,293	,583	,567
	Intra-grupos	761,760	23	33,120		
	Total	800,346	25			
Ansiedad e insomnio	Inter-grupos	49,954	2	24,977	1,307	,290
	Intra-grupos	439,584	23	19,112		
	Total	489,538	25			
GHQ Total	Inter-grupos	126,444	2	63,222	,301	,743
	Intra-grupos	4837,403	23	210,322		
	Total	4963,846	25			

**Tabla 121:** Prueba de Kuskal Wallis para la comparación de grupos al inicio del tratamiento en la *escala de salud GHQ-28*

	$\chi^2$	df	Sig.
<b>Disfunción Social</b>	<b>8,563</b>	<b>2</b>	<b>,014*</b>
Depresión Grave	4,941	2	,085

**Tabla 122:** Prueba  $\mu$  de Mann-Whitney entre la situaciones online y tradicional al inicio del los tratamientos en la *escala de salud general*

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
<b>Disfunción social</b>	<b>8,000</b>	<b>29,000</b>	<b>-2,538</b>	<b>,010*</b>

**Tabla 123:** Prueba  $\mu$  de Mann-Whitney entre la situaciones online y control al inicio del los tratamientos en la *escala de salud general*

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
<b>Disfunción social</b>	<b>4,500</b>	<b>25,500</b>	<b>-2,688</b>	<b>,005**</b>

De este modo, los resultados indican que al inicio del tratamiento, los resultados del grupo online son inferiores en la puntuación de Disfunción Social. La interpretación de este resultado indica que los participantes del grupo online se sienten mejor en mantenerse activos y con la energía que tienen para hacer cosas. Tienen la mejor sensación de estar haciendo las cosas bien, y se sienten útiles en la vida; y disfrutan con la vida.

### ***Resultados en cuanto al estado de salud general posterior a nueve meses de tratamientos***

A continuación es posible examinar los resultados de las pruebas inferenciales respecto a las diferencias entre los grupos de tratamientos pero esta vez, transcurridos nueve meses de tratamiento. Primero, se presenta el análisis paramétrico mediante ANOVA y, a continuación, el análisis no paramétrico mediante la Prueba *K* de Kruskal Wallis. Nuevamente estos resultados nos indican que en la disfunción social se encuentran diferencias significativas entre los grupos experimentales (Tablas 124 y 125).

**Tabla 124:** ANOVA entre los tres grupos de tratamientos en la *escala GHQ-28* al finalizar los tratamientos

		Suma Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Síntomas Somáticos	Entre-grupos	40,724	2	20,362	,741	,491
	Intra-grupos	494,514	18	27,473		
	Total	535,238	20			
Ansiedad e Insomnio	Entre-grupos	18,724	2	9,362	,439	,652
	Intra-grupos	384,229	18	21,346		
	Total	402,952	20			
GHQ Total	Entre-grupos	586,343	2	293,171	1,404	,271
	Intra-grupos	3758,229	18	208,790		
	Total	4344,571	20			

**Tabla 125:** Prueba de Kuskal Wallis para la comparación de grupos al fin del tratamiento en la *escala de salud GHQ-28*

	$\chi^2$	gl	Sig.
<b>Disfunción Social</b>	<b>6,089</b>	<b>2</b>	<b>,048*</b>
Depresión	1,470	2	,480

Ante estos resultados se decide realizar una comparación mediante la Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para comparar los resultados en pares de grupos de tratamientos (Tabla 126, 127 y 128). En la Tabla 126 se observa que al comparar respecto a la disfunción social entre el grupo online y tradicional no se hayan diferencias significativas. Esto indicaría que transcurrido el tratamiento las diferencias en esta dimensión desaparecen entre ambos grupos (al inicio existía un diferencia significativa como se observa en la Tabla 123<sup>60</sup>). Este resultado indica una mejoría en el funcionamiento en el grupo control en esta dimensión; aunque los resultados descriptivos apuntan que en el grupo online no existe un gran impacto quizás porque el nivel de disfunción social es desde el inicio bajo.

**Tabla 126:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para la comparación del los grupos tradicional y online al finalizar el tratamiento en la *escala de salud general*

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Disfunción Social	13,000	41,000	-2,049	,055

En la Tabla 127, la Prueba  $\mu$  de Mann Whitney entre el grupo tradicional y control no indica diferencias significativas, manteniéndose la relación que se identificó al inicio del tratamiento.

<sup>60</sup> Pp. 365.

**Tabla 127:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para la comparación del los grupos tradicional y control al finalizar el tratamiento en la *escala de salud general*

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
Disfunción Social	18,500	63,500	-,571	,606

Finalmente, la Prueba  $\mu$  de Mann Whitney presentada en la Tabla 128 nos señala que se mantienen las diferencias significativas que se encontraban al inicio del tratamiento, si bien algo más ajustadas que en la primera medición. El grupo online mantiene un mejor funcionamiento que el grupo control tras la aplicación de los tratamientos en la dimensión de disfunción social.

**Tabla 128:** Prueba  $\mu$  de Mann Whitney para la comparación del los grupos online y control al finalizar el tratamiento en la *escala de salud general*

	$\mu$ Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig.
<b>Disfunción Social</b>	<b>5,000</b>	<b>33,000</b>	<b>-2,085</b>	<b>,048*</b>

Los resultados anteriores apuntan a un efecto diferencial del tratamiento y del paso del tiempo. El mayor efecto se encuentra en el grupo tradicional que disminuye sus puntuaciones en la dimensión de disfunción social. Al respecto, nuevamente los resultados descriptivos apuntan que el pero funcionamiento social lo tenían el grupo tradicional y control, mientras que el grupo online tenía una puntuación baja en esta dimensión.

### **Análisis intra-sujeto**

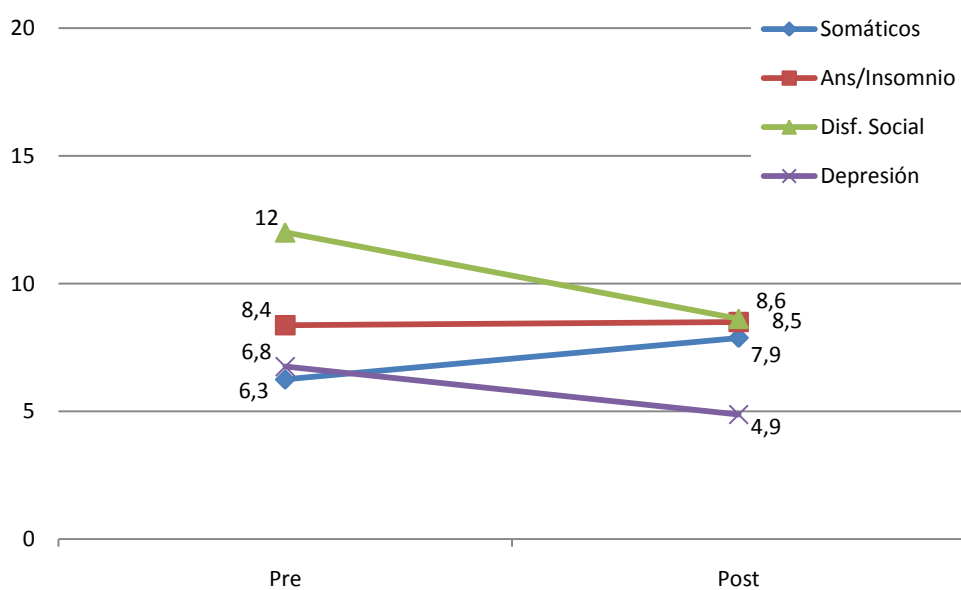
En este análisis se pretende comparar los resultados dentro de cada grupo, de este modo la comparación se realiza entre cada sujeto al inicio y al finalizar la investigación agrupadas por tipo de intervención recibida. Para comenzar, en la Figura 84, se presentan las medias de las diferentes dimensiones en la situación previa y posterior al tratamiento. Posteriormente, se realizan los análisis inferenciales que permitan comprobar los efectos del tratamiento desde un punto de vista estadístico.

### Situación tradicional

En la Figura 84 se presenta la evolución de los resultados de las diferentes dimensiones expresado en puntuaciones medias.

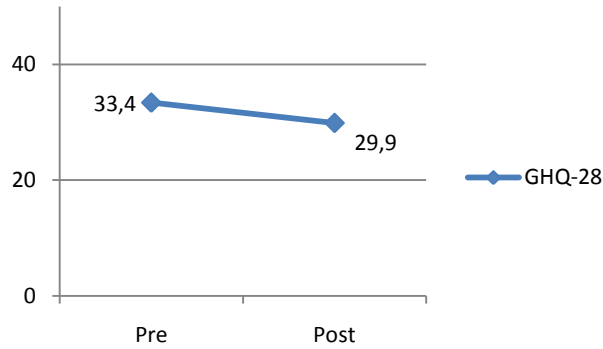
En esta grafica se observa una disminución de las puntuaciones de disfunción social y depresión. La dimensión de ansiedad e insomnio se mantiene constante mientras que los síntomas somáticos aumentan. Esto indicaría que el efecto del tratamiento psicoeducativo tradicional en la salud general de los cuidadores afectaría positivamente en la disfunción social y los síntomas depresivos y negativamente en la sintomatología somática. Por el contrario, dicha intervención tradicional y cara a cara no tendría efecto sobre la ansiedad y el insomnio.

**Figura 84:** Evolución del efecto del tratamiento tradicional desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la variable *salud general* (GHQ-28)



En la Figura 85 se presenta el efecto del tratamiento en el grupo tradicional, en ella se observa un descenso de la puntuación de la escala de salud general, lo que indicaría que al menos la participación en un grupo de psicoeducación familiar resultaría en alguna mejoría en la salud de sus participantes.

**Figura 85:** Evolución del efecto del tratamiento tradicional desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la escala total *GHQ-28*



Al realizar la prueba inferencial respecto a la diferencia estadística entre las situaciones pre y post en el grupo tradicional, la Tabla 129 muestra que en cuanto a síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, y en la escala total, los efectos dentro del grupo tradicional no son significativos por lo que la mejora señalada se mantienen en un nivel descriptivo.

**Tabla 129:** Prueba  $\tau$  intra-sujetos para el grupo tradicional en la *escala GHQ-28*

	$\tau$	gl	Sig.
Síntomas Somáticos	-,821	8	,436
Ansiedad e Insomnio	-,130	8	,900
Escala Total	1,075	8	,314

En la Tabla 130 se presentan los resultados de la Prueba  $W^+$  de Rangos con Signo de Wilcoxon, una prueba no paramétrica que nos indica que es sólo en la sintomatología de Depresión Grave en donde el grupo tradicional ejerce un efecto en el grupo. Es decir, quienes asisten al grupo tradicional de psicoeducación, al finalizar un período de tratamiento de nueve meses, suelen manifestar una menor sintomatología depresiva.

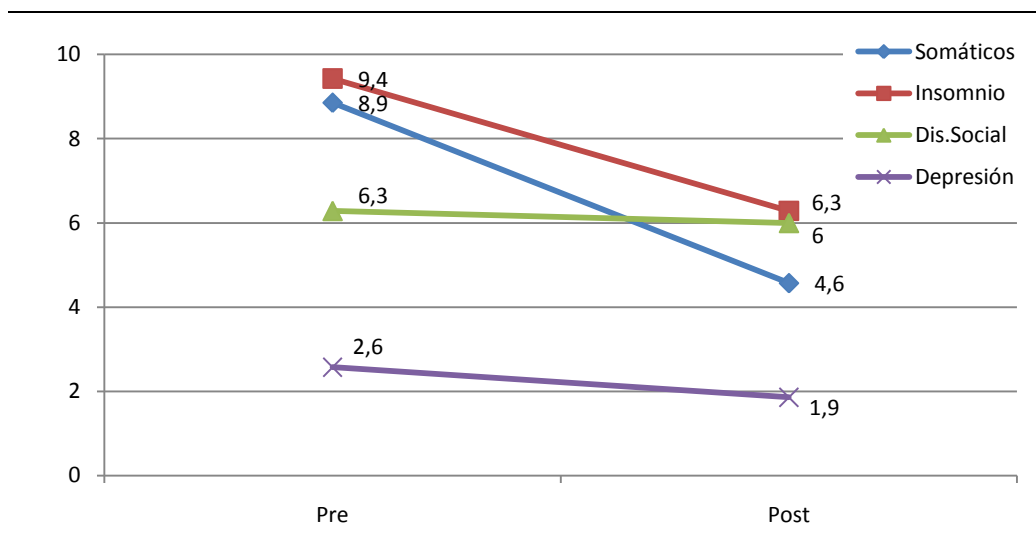
**Tabla 130:** Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon para el análisis intrasujeto en la situación tradicional en la *escala GHQ-28*

	Z	Sig.
Disfunción Social	-2,388 <sup>a</sup>	,173
<b>Depresión Grave</b>	<b>-1,362<sup>a</sup></b>	<b>,017*</b>

### Situación online

En la Figura 86 se observa el comportamiento de las personas que realizan el tratamiento psicoeducativo online en las diferentes dimensiones que valora la escala de salud. Observando esta Figura es posible sostener que al parecer todas las dimensiones de la escala de la salud tienden a descender en la medición posterior al tratamiento. Especialmente, es destacable el descenso de la sintomatología somática y de la ansiedad e insomnio; en segundo lugar se observa un descenso de la sintomatología depresiva; y finalmente si bien la disfunción social descende, la inclinación es leve sin llegar a un punto de baja. No obstante hay que considerar que la disfunción social no era lo más afectado.

**Figura 86:** Evolución del efecto del tratamiento online desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la puntuación del *GHQ-28*

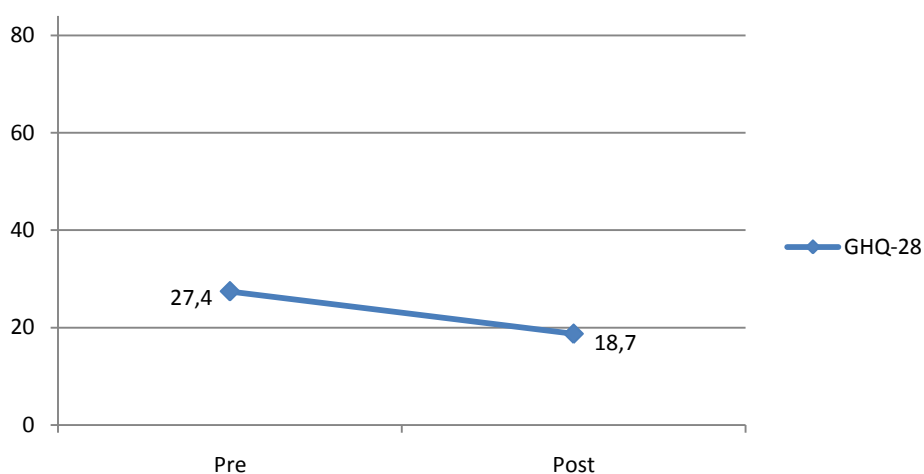


La Figura 87 nos presenta el descenso general de la escala de salud, al igual que en la situación tradicional. Desde este punto de vista y hasta este momento, es posible señalar que

tanto el tratamiento online, como el tradicional, al parecer generan un descenso de la puntuación de problemas de salud en la escala GHQ-28.

Para exigir una mayor precisión de estos resultados descriptivos se presenta la Tabla 131. En ella, se observa que el descenso en la dimensión de síntomas somáticos así como en la escala general, el descenso al comparar al grupo al inicio y al término del tratamiento es significativo

**Figura 87:** Evolución del efecto del tratamiento online desde el punto de vista intra-sujeto expresado en las puntuaciones medias en la escala *GHQ-28*



**Tabla 131:** Comparación intra-sujeto mediante Prueba  $\tau$  en la *escala GHQ-28 del grupo online*

	$\tau$	gl	Sig.
<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>3,116</b>	<b>6</b>	<b>,021*</b>
Ansiedad e Insomnio	2,386	6	,054
<b>GHQ Total</b>	<b>6,682</b>	<b>6</b>	<b>,001**</b>
Disfunción Social	,515	6	,625

En la Tabla 132, se observa que la sintomatología depresiva no presenta diferencias significativas al analizar a los miembros del grupo online en la situación previa y posterior al tratamiento.



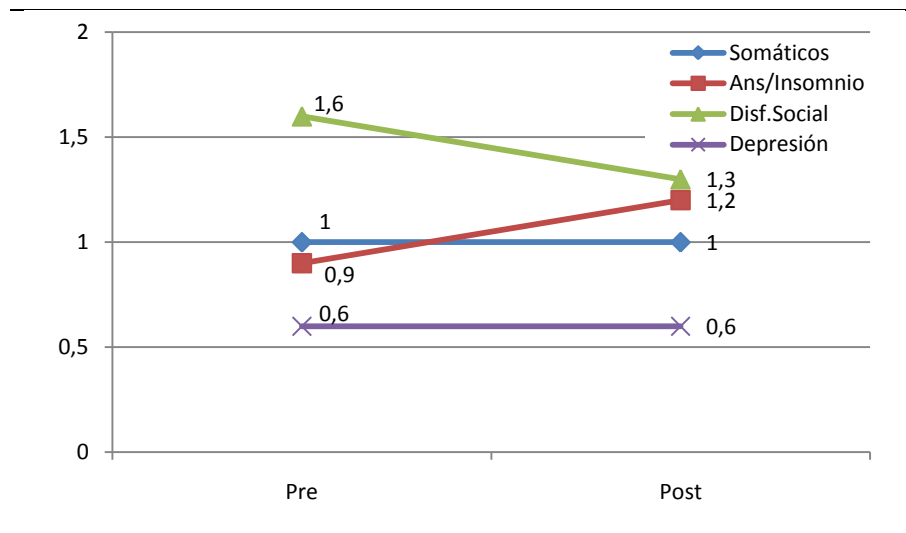
**Tabla 132:** Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon para la comparación intrasujeto del grupo online en la *escala GHQ-28*

	Z	Sig.
Depresión	-,730 <sup>a</sup>	,465

### Situación control

En las Figuras 88 y 89 se señalan los resultados descriptivos de la escala GHQ-28 en el grupo control. En la Figura 88 se observa que los síntomas relacionados con la disfunción social presentan un descenso. Sin embargo, un efecto contrario se presenta en la ansiedad y el insomnio, que asciende en el transcurso de los nueve meses de estudio. Finalmente, no se observan efectos sobre los síntomas somáticos y la depresión.

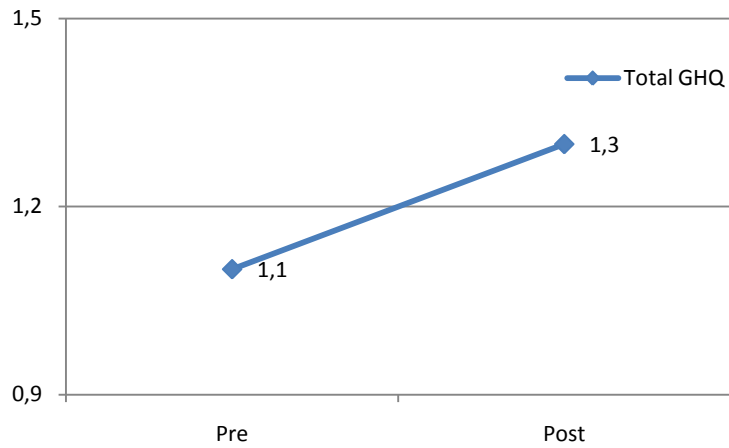
**Figura 88:** Comparación de las trayectorias de las medias intra-sujeto en la situación control en las dimensiones de la *escala GHQ-28*



En la siguiente Figura (89), se observa la trayectoria de las puntuaciones de la escala GHQ-28 en su totalidad, en ella se observa que los problemas de salud tienden a aumentar en el grupo control después de los nueve meses que fueron estudiados.

En la Tabla 133 se observa que en la situación control o tratamiento habitual sin intervención psicoeducativa sistemática, no se observan diferencias significativas.

**Figura 89:** Comparación de las trayectorias de las medias intra-sujeto en en la situación control en la escala total *GHQ-28*



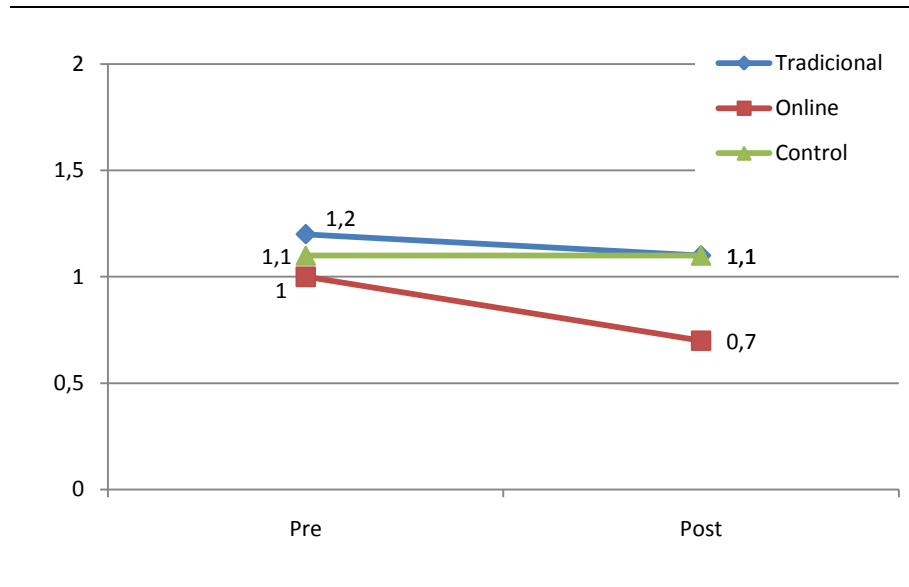
**Tabla 133:** Comparación intra-sujeto del grupo control en la *escala GHQ-28*

	$\tau$	gl	Sig.
Síntomas Somáticos	,862	4	,438
Ansiedad e Insomnio	-1,633	4	,178
GHQ	-,298	4	,781
Disfunción Social	1,871	4	,135
Depresión grave	-1,580	4	,189

### Comparación de las tres situaciones experimentales en la escala total de salud general

Finalmente, en la Figura 90 se observa el descenso que se produce en la escala de salud general (GHQ-28) en cada uno de los tres grupos experimentales. En esta Figura es posible observar el mayor descenso de las puntuaciones en el grupo online, a pesar de ser el grupo que puntúa mejor niveles de salud.

**Figura 90:** Comparación de las trayectorias intra-sujeto en cada uno de los grupos experimentales en la escala total *GHQ-28*



### ***Resultados del focus group***

A continuación se presentan los resultados del *focus group* realizado entre los usuarios del programa *psicoED*. Como se menciona en la metodología, a este grupo focal fueron convocados todos los usuarios de *psicoED*, pero uno de ellos justificó su inasistencia por problemas de transporte; otro de ellos (un paciente) se retiró del grupo debido a una discusión con su pareja. Así, el grupo estuvo constituido por siete usuarios de *psicoED*. Seis fueron mujeres y un solo hombre, siendo esta misma la distribución entre familiares y pacientes (Seis familiares y un paciente). En el grupo focal estuvo representada toda la variabilidad de experiencia en cuanto a informática, desde usuarios principiantes e inexpertos hasta avanzados y el rango de edad fue de 35 a 73 años. Como se menciona en la metodología, el grupo focal fue desarrollado por dos moderadoras ajenas al programa *psicoED* y se hizo especial énfasis en la confidencialidad de sus apreciaciones y en la necesidad de apuntar a los aspectos críticos y mejorables de la plataforma. El grupo focal tuvo una duración de dos horas y concluyó con la entrega de un obsequio de menos de 6€ de valor como agradecimiento por la asistencia.

La presentación de los resultados del *focus group* comienzan con las expectativas positivas que relataron los participantes, para continuar con las expectativas negativas. Posteriormente, se da paso a la experiencia en el uso de la plataforma, abordando la satisfacción y las

experiencias negativas. Finalmente, se concluye con la apreciación respecto a los resultados que perciben los usuarios de *psicoED*.

El análisis de los resultados del *focus group* se realizó siguiendo los postulados de la Grounded Theory (Glasser y Strauss, 1967). Se transcribió el registro del audio junto a las anotaciones de las moderadoras del grupo. Posteriormente, se realizó una codificación abierta desde donde emergieron las categorías. Consecuentemente estas fueron agrupadas mediante una codificación axial que permitió ir construyendo los árboles de contenidos. Los resultados son presentados en Tablas y Figuras y se intenta llegar al contenido concreto que emitieron los participantes para hacer más gráfica la categorización. Estos contenidos son señalados en letra *cursiva*, al extremo derecho de cada cuadro o mediante la presentación de viñetas en el texto.

### ***Opiniones en cuanto a las expectativas positivas ante la ciberterapia***

En la Figura 91 se presentan las expectativas y reacciones que despierta la propuesta del programa *psicoED*. Así, existen **reacciones emocionales positivas** como la **alegría**, la curiosidad y la **motivación**. Junto a lo anterior aparece la **visualización de los beneficios** que pueden asociarse al uso de una plataforma como *psicoED*, siendo el principal beneficio la esperanza de **aliviar la carga de cuidados**. Otra expectativa que se despierta ante la propuesta de *psicoED* son los **deseos de recibir ayuda**: las familias están **buscando constantemente alguna alternativa** o posibilidad de ayuda y ante la propuesta sienten la **necesidad de recibir un apoyo**.

Por otro lado, las reacciones que se van generando son las que se relacionan con la **confianza en los profesionales**. Particularmente, es el **médico psiquiatra** que trata a su familiar quien les brinda mayor confianza, estando dispuestos a seguir sus sugerencias. Por otro lado, también se muestran interesados en seguir las propuestas del **“ciberterapeuta”** que comienzan a conocer o del **terapeuta que ya conocen** y les recomienda el comienzo de un apoyo **“online”**.

Junto a lo anterior, la aparición de *psicoED* genera la **visión de una esperanza** frente a la carencia de servicios. Finalmente, la sola propuesta de *psicoED* genera una **motivación por info-alfabetizarse**. La posibilidad de recibir ayuda supera los prejuicios ante la tecnología, como lo indica la respuesta de esta familiar **“...Yo también [pensaba que iba a ser útil], aunque internet no lo quiero ni ver...”**.

Junto a la aparición de expectativas y reacciones positivas también aparecen contenidos que hemos denominado “*neutros*”, que se refieren a una imagen difusa de la plataforma y el que no surja ninguna expectativa. Un paciente, ante la pregunta respecto a qué expectativas tenía del programa respondió “... *nada... ninguna...*”.

### ***Opiniones en cuanto a las expectativas negativas ante la ciberterapia***

Ante la propuesta del programa, los usuarios señalan cinco expectativas que se han catalogado como negativas ya que podrían relacionarse con una resistencia o rechazo a la intervención. Así, los usuarios señalan desde **reacciones afectivas, dudas, problemas respecto a las tecnologías; desconocimiento de las opciones que brinda el Servicio de Psiquiatría, y hasta una visión negativa ante toda ayuda posible** (Tabla 134)

**Tabla 134:** *Expectativas negativas* ante la propuesta del programa psicoED

---

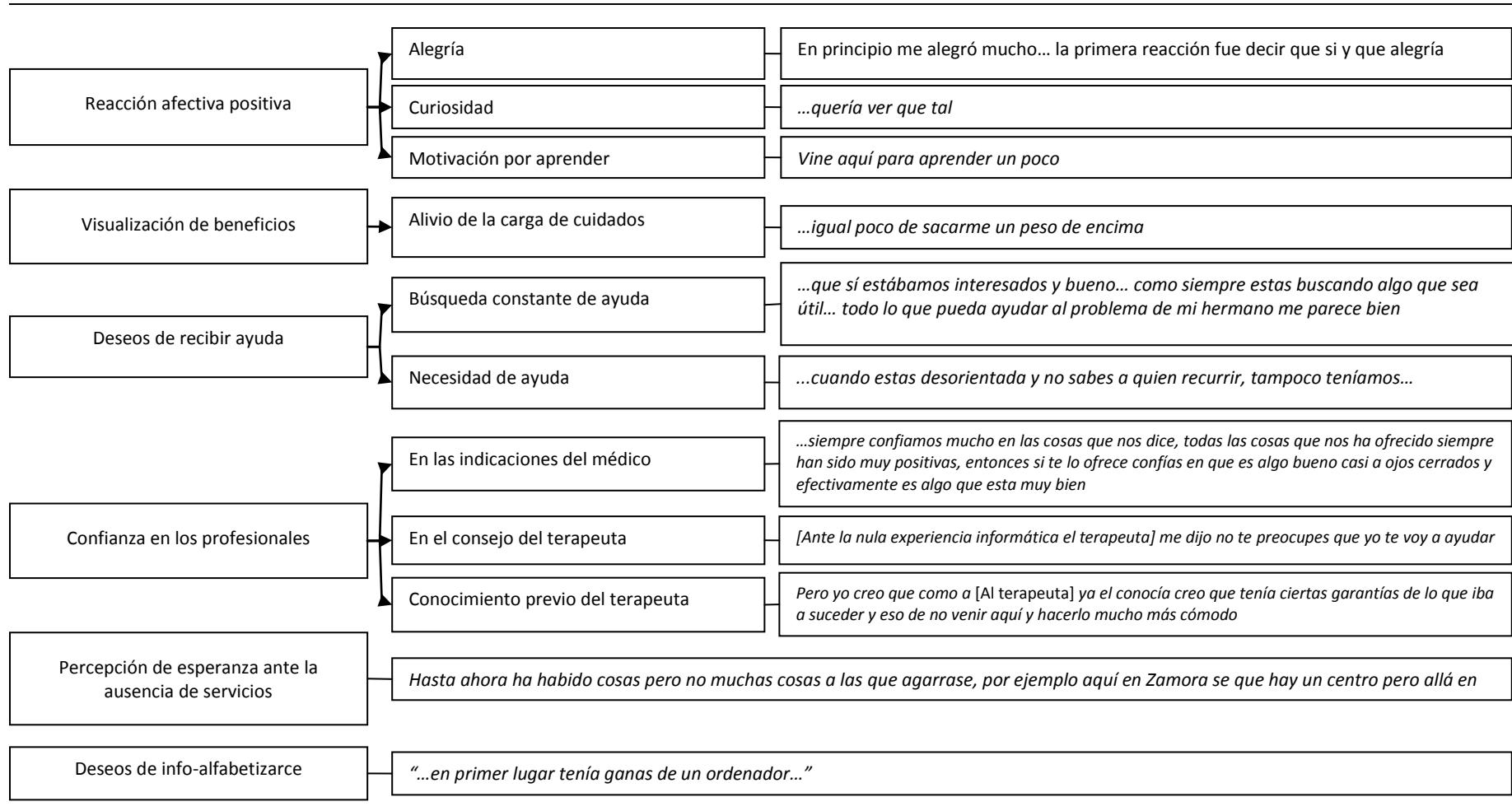
1.	Reacciones afectivas negativas
2.	Dudas respecto al contacto interpersonal
3.	Problemas con la tecnología
4.	Desconocimiento de las alternativas que ofrece el servicio de psiquiatría
5.	Visión negativa de toda ayuda posible

---

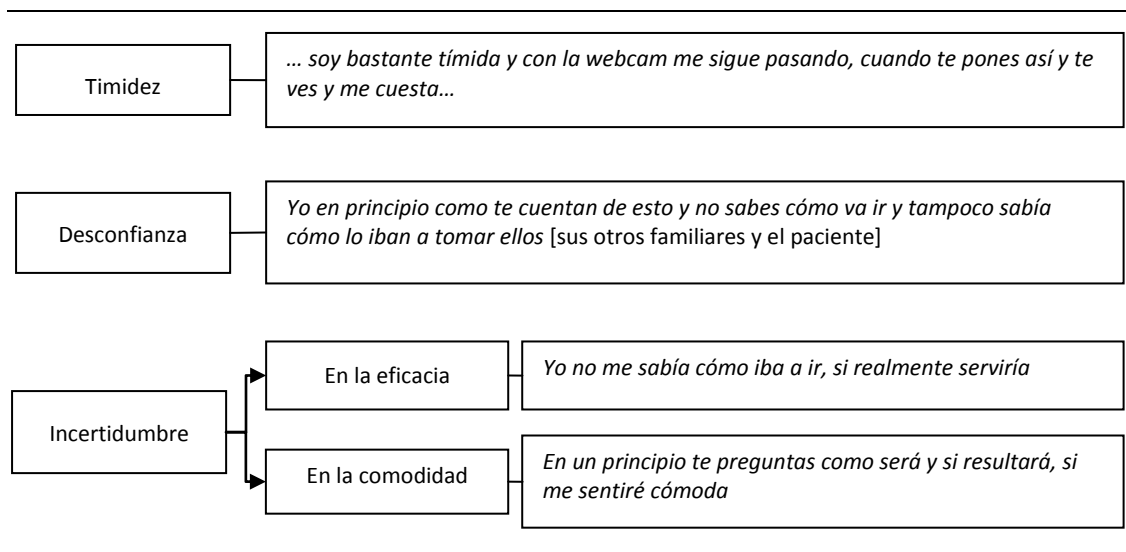
En cuanto a las **reacciones afectivas negativas** que señalan los usuarios de *psicoED*, se refieren al reconocimiento de **timidez** al uso de la cámara web, **desconfianza** en la propuesta e incertidumbre tanto en la eficacia a como en la supuesta comodidad de la intervención (Figura 92).

Junto a las **reacciones afectivas negativas**, surgen **dudas respecto a la calidad del contacto interpersonal** que se producirá en el marco del programa *psicoED*. Estas dudas plantean una atribución respecto a que el **contacto interpersonal será frío**. Por otro lado, existe alguna suspicacia debido al hecho de iniciar una intervención de este tipo con un **terapeuta al que no se conoce**. Al mismo tiempo, existe **aprensión respecto a la transferencia del vínculo** cara a cara al entorno online. Para mayor precisión se puede revisar la Figura 95.

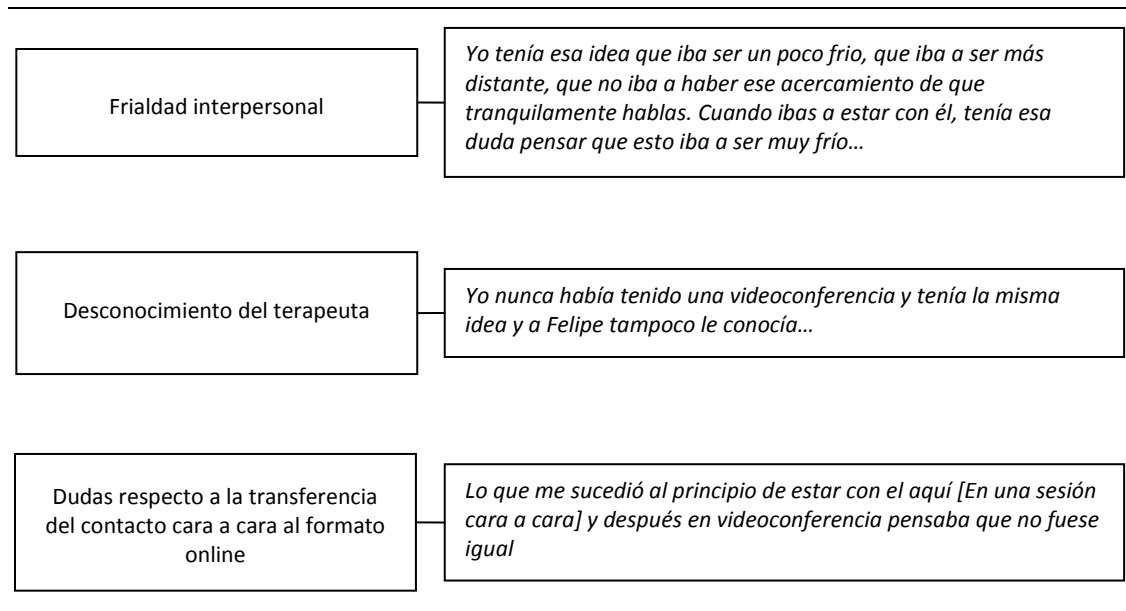
**Figura 91:** Expectativas y reacciones positivas ante la propuesta de psicoED



**Figura 92:** Expectativas negativas como reacciones afectivas ante psicoED



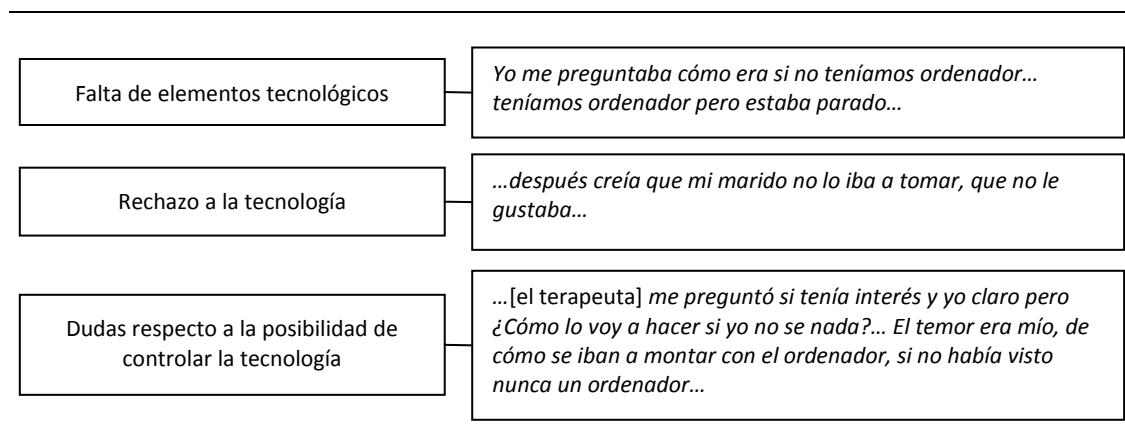
**Figura 93:** Dudas respecto al contacto interpersonal como expectativas negativas



Otro de los aspectos que genera **expectativas negativas** en los usuarios de *psicoED* es la **tecnología**. Particularmente, los familiares se cuestionan el que **carecen de los elementos tecnológicos** necesarios para acceder a la plataforma. Asimismo, existen usuarios que tienen una **apreciación negativa del uso de tecnologías informáticas** y algunos de ellos **dudan**

respecto a la posibilidad que ellos tienen de utilizar y sacarle provecho a la tecnología (Figura 94).

**Figura 94:** Problemas con la tecnología como expectativas negativas



También, existen dos elementos que se han mantenido como categorías generales y que se refieren al **desconocimiento de las alternativas que ofrece el Servicio de Psiquiatría** y la **visión negativa de toda ayuda disponible**. Algunos usuarios de *psicoED* no tienen mucha información respecto al trabajo que realiza el Servicio de Psiquiatría:

*"...tampoco tenía clara la actividad que tenáis aquí, solo por lo que me había dicho mi madre, pero yo tampoco tenía muy claro como era..."*

Finalmente, también había familiares escépticos y desesperanzados con recibir algún tipo de ayuda: *"...Yo sabía de qué se trataba el programa, pero pensaba que nadie me podía ayudar; por eso le dije [al terapeuta] que lo veía difícil..."*

### ***Opiniones respecto a la satisfacción con la ciberterapia***

Los resultados del grupo focal apuntan a una serie de razones por las que los usuarios del programa *psicoED* se sienten satisfechos. Así, los elementos que satisfacen al usuario con este programa han sido agrupados en 13 categorías que se señalan en la Tabla 135. Cabe señalar que una característica más allá de la satisfacción del programa *psicoED* es que sorprende, por ejemplo, una usuaria señala *"...me ha sorprendido que es mejor de lo que esperaba..."*



**Tabla 135:** Razones que permiten que el programa psicoED sea valorado con *satisfacción*

---

1.	Brinda un servicio cómodo
2.	Facilita el acceso a los servicios
3.	Es útil
4.	Es un recurso para el usuario
5.	Es un recurso para la familia
6.	Es un recurso para el servicio de psiquiatría
7.	Da la sensación de privacidad y confidencialidad
8.	Es un programa de fácil uso
9.	Su uso despierta un aprecio por la tecnología
10.	Potencia el contacto con la red social personal
11.	Da la sensación de modernidad
12.	Posibilita el establecimiento de una positiva alianza de trabajo
13.	Se valoran aspectos particulares de la ciberterapia

---

A continuación, en la Figura 95 se presenta el árbol de contenidos respecto a la **comodidad del programa psicoED**, el que se retrata en la síntesis que aporta una usuaria del programa “...[valorando el programa psicoED] usando la cámara y tal, diría que por sobre todo cómodo, muy cómodo, me he sentido muy cómoda ...”

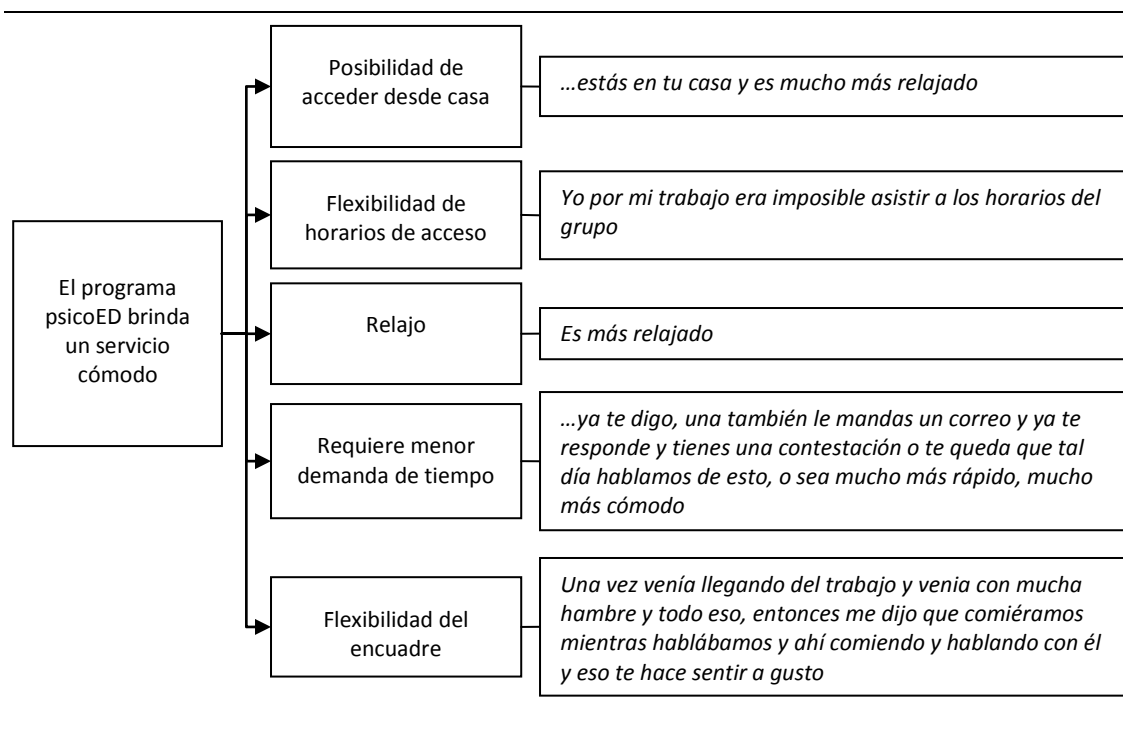
Como se ha señalado otro de los elementos de satisfacción del programa psicoED es que **facilita el acceso a los servicios**, este acceso se refiere a poder **contar con un apoyo o ayuda profesional de la que antes se carecía**. Como sostiene una de las usuarias de psicoED:

*“...cuando estas desorientada y no sabes a quién recurrir, bueno tampoco teníamos un apoyo y ahora tenemos esto, eso es una gran ayuda...”*.

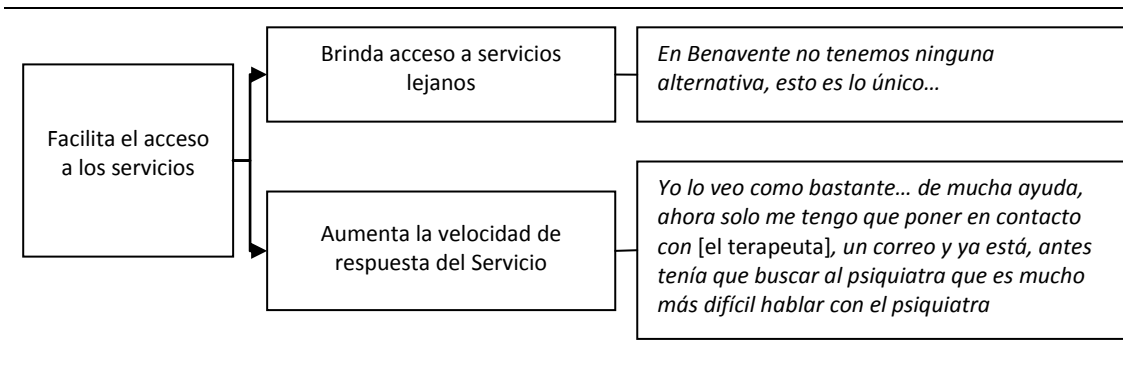
Otro de los elementos de accesibilidad señalados es el **aumento de la velocidad** en la respuesta o de la reacción del servicio ante una demanda:

*“...ya te digo, una también, le mandas un correo y ya te responde y tienes una contestación o, quedas que tal día hablamos de esto, o sea mucho más rápido, mucho más cómodo...”* (Figura 96).

**Figura 95:** El programa psicoED brinda un servicio cómodo como *experiencia satisfactoria*



**Figura 96:** psicoED facilita el acceso a los servicios (*Experiencia satisfactoria*)



Un elemento fundamental que tienen los usuarios para evaluar como satisfactorio el programa es que les sea útil y en este caso el programa *psicoED* cuenta con esa validez. Los usuarios de *psicoED* señalan al menos **siete categorías de utilidad concreta** y que se refieren a algún componente u objetivo de la psicoeducación tradicional (Tabla 136).

**Tabla 136:** El programa psicoED es *útil*

---

1.	Como guía cognitiva, pauta y fuente de información
2.	Entrega apoyo emocional
3.	Brinda acompañamiento
4.	Orienta en la resolución de problemas
5.	Mejora la autoestima
6.	Facilita actividades de ocio y entretención
7.	Facilita el contacto con la red social

---

Específicamente el programa *psicoED* es útil como guía cognitiva, pauta y fuente de información (Figura 97).

Una de los beneficios relacionados con la **satisfacción** de los usuarios del programa *psicoED* es que su aplicación **genera alternativas para el paciente** al transformarse en un recurso para él o ella. Así, los usuarios del programa *psicoED* se sienten satisfechos con él ya que también es una doble ayuda para el paciente: por un lado tiene la posibilidad de utilizar el ordenador y la plataforma y; por otro, **el paciente asume el rol de apoyo a los cuidadores** que suelen ser menos avezados en el uso de esta tecnología. Así, por ejemplo los familiares señalan que el programa *psicoED*

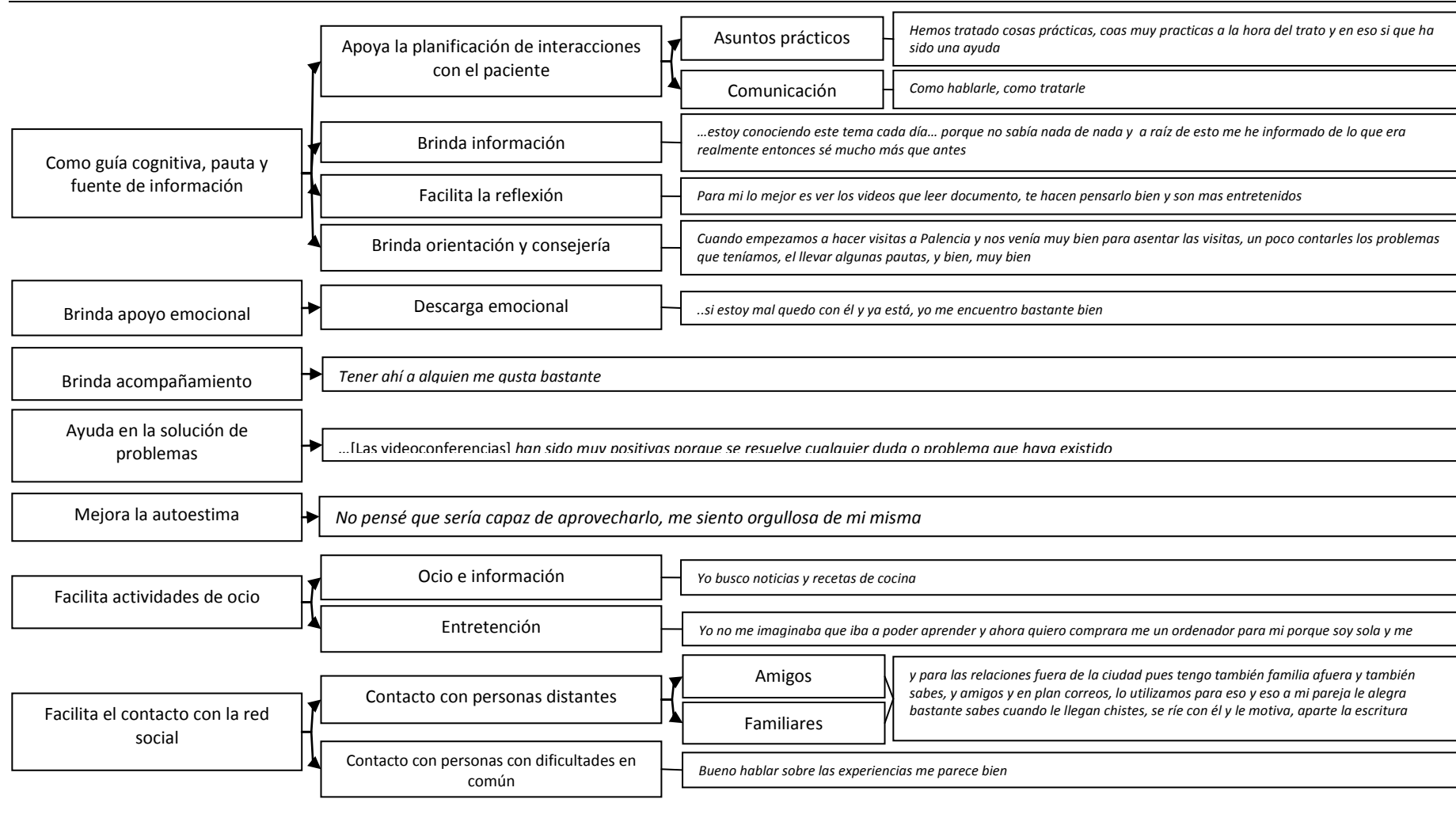
*“...ha sido un recurso para que [el paciente] se metiera... [el paciente] tiene más facilidad que mi madre y la ayudó a que se introdujera así mi madre pudo utilizarlo...”.*

Los usuarios de *psicoED* también señalan que el programa es un **recurso para la familia**, al **generar nuevas dinámicas**. Esto se expresa mediante la **mediación y facilitación de la comunicación** con el terapeuta. Esto último lo relacionan con una **sensación de sinceridad**.

Por ejemplo, respecto a la generación de nuevas dinámicas en la familia una hermana de un paciente señaló

*“...yo creo que es muy positivo porque ha sido una manera de mantener comunicación con ellos por una parte y conmigo por otra y de alguna manera mover la situación, como hacerlo más dinámico...”*

**Figura 97:** El programa psicoED es útil como *experiencia satisfactoria* en el grupo online



O como sostiene otro usuario: “...y ponernos de acuerdo, que uno quiere esto, el otro dice tal...”. En cuanto al impacto positivo en la comunicación los familiares señalan:

“...cuando voy a una cita voy siempre con y él y no puedo hablar tranquilamente pero le tengo ahí [al terapeuta a distancia], que sabes, puedo hablar...”

Otro de los beneficios que genera **satisfacción** con el programa es que los usuarios le atribuyen una **utilidad** también para los objetivos del Servicio de Psiquiatría. Es decir, es un **recurso para el Servicio de Psiquiatría** como se observa en la Figura 98. Así, los usuarios reconocen que *psicoED* **incrementa la cobertura del servicio** al acceder a lugares que carecen de asistencia. Del mismo modo permite **mejorar el programa psicoeducativo** al posibilitar la **entrega de material** e **integrar a otros miembros de la familia** que se encuentran alejados o con dificultades de tiempo para participar. Igualmente, los usuarios le atribuyen al programa una **mejora del servicio**, ya que *psicoED* se **complementa con la atención tradicional** y tiene **otras posibilidades de uso**. Mediante el uso del programa, se le da una **valoración más positiva a la atención** que brinda el Servicio de Psiquiatría.

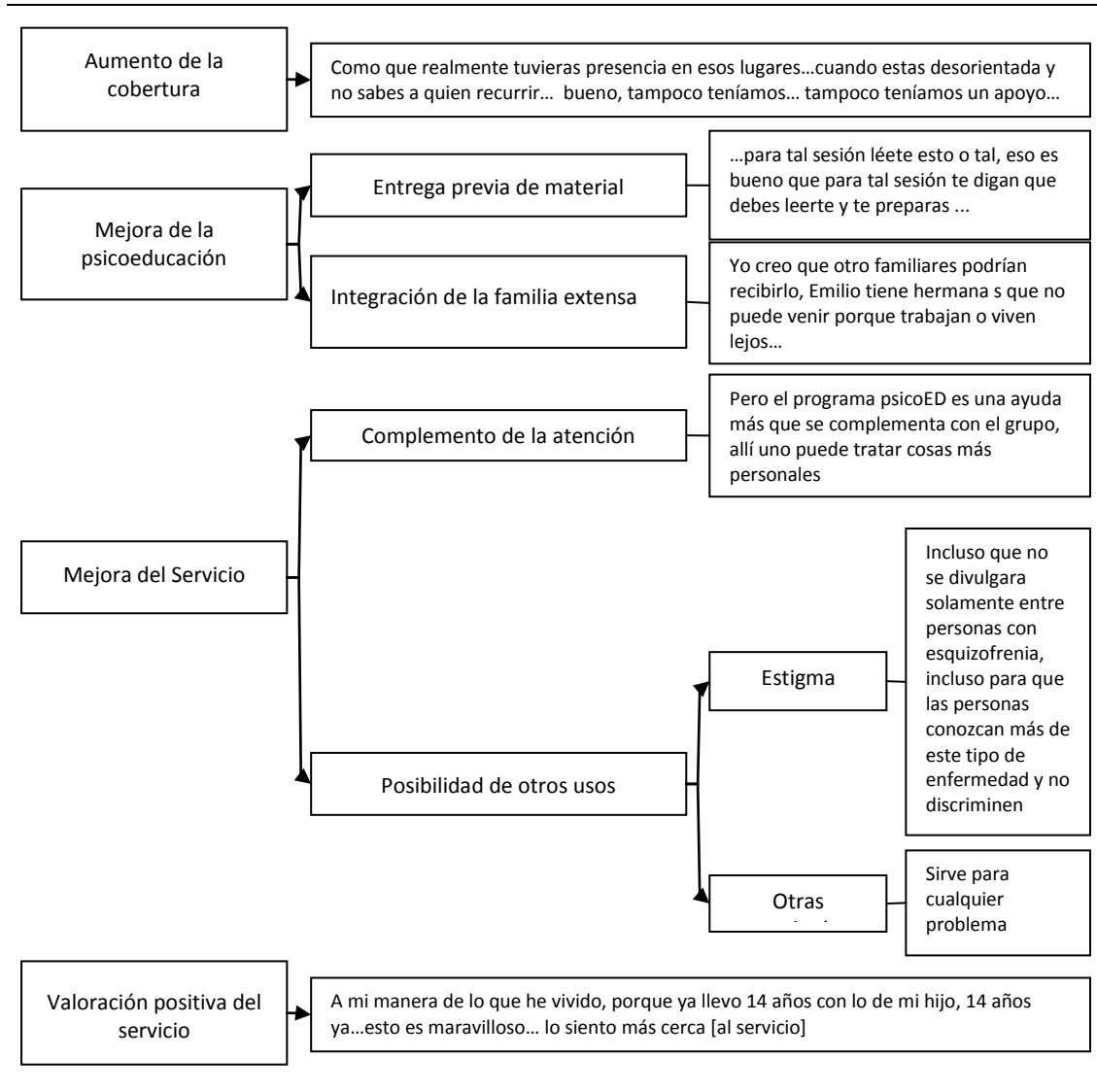
Consecuentemente con la importancia de la usabilidad en todo programa web, quienes recibieron el programa *psicoED* hacen mención a **elementos satisfactorios de la usabilidad** de la plataforma, estos son detallados en la Figura 99. En ella es posible identificar que usuarios con experiencia web sostienen que la web es **fácil de utilizar; organizada** y con **claridad en cuanto a sus contenidos**.

Otro contenido expresado en el *focus group* que se relaciona con la **satisfacción** con el programa es que *psicoED* se asocia al **desarrollo de un aprecio por la tecnología**. Los usuarios mediante el uso de *psicoED* **conocen las ventajas** de este tipo de tecnología; desarrollando un **interés** y **valorándolas positivamente** (Figura 100). Todo lo anterior se refleja en el siguiente comentario que realiza una usuaria de *psicoED* “...esto que me viera otra persona [por el ordenador], me parecía muy avanzado...”; es decir, existe una atribución de modernidad para con el programa.

La Figura 101 nos muestra la evaluación que los usuarios de *psicoED* hacen del terapeuta, en donde se le atribuyen **características tanto técnicas como personales**. Así, los usuarios de *psicoED* describe al terapeuta como **accesible, empático y comprensivo, motivado por ayudar, informado**, una **ayuda, establece una relación simétrica y transparente, da confianza y**

**anima.** Todo ello refleja la profundidad de la relación y conocimiento que permitiría el entorno web, al menos con elementos que apuntan hacia cierta idealización.

**Figura 98:** El programa psicoED es un recurso para el Servicio de Psiquiatría



Uno de los elementos centrales necesario para desarrollar un proceso terapéutico sustentado en internet es que el entorno web permita desarrollar una alianza de trabajo. Es por ello que se les consultó a los usuarios respecto a la **relación que establecieron con el terapeuta** (Figura 102).

Finalmente, y respecto a la **satisfacción** que genera el programa *psicoED*, se valoran **elementos específicos de la ciberterapia**, como pueden ser su **intensidad** y el **alto grado de intercambio de información**. Esto se puede observar en comentarios como el siguiente:

“...la videoconferencia es más información que te va y te viene, es como más intenso, porque solamente tienes que hablar, como que no se pierde información, porque solamente hay que hablar y es pregunta y respuesta y estás muy concentrado en esos 50 minutos, es muy intensa...”.

Figura 99: Opiniones en cuanto a la usabilidad de psicoED

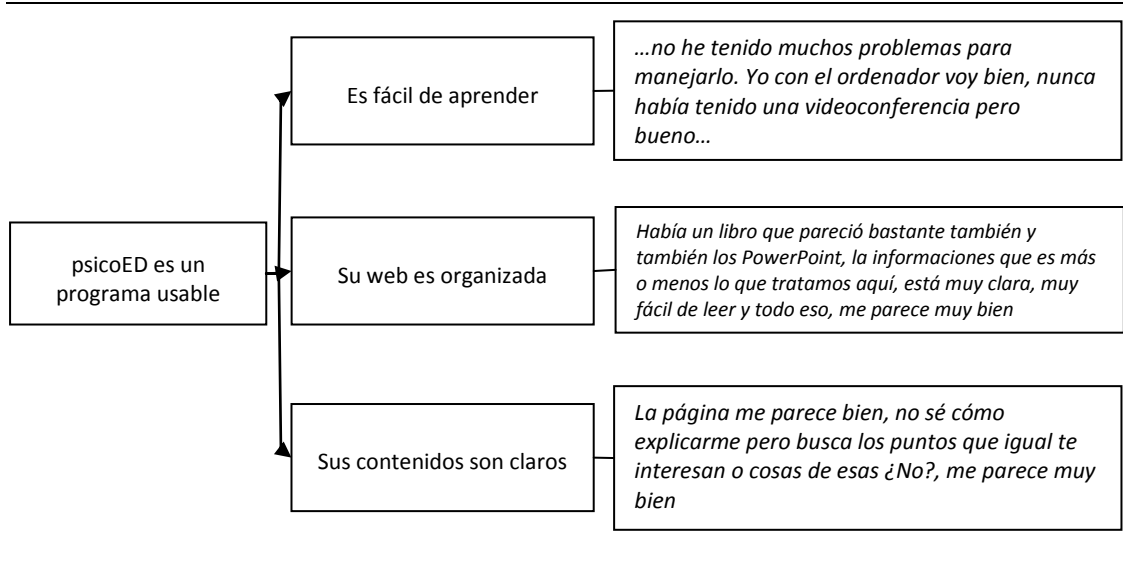
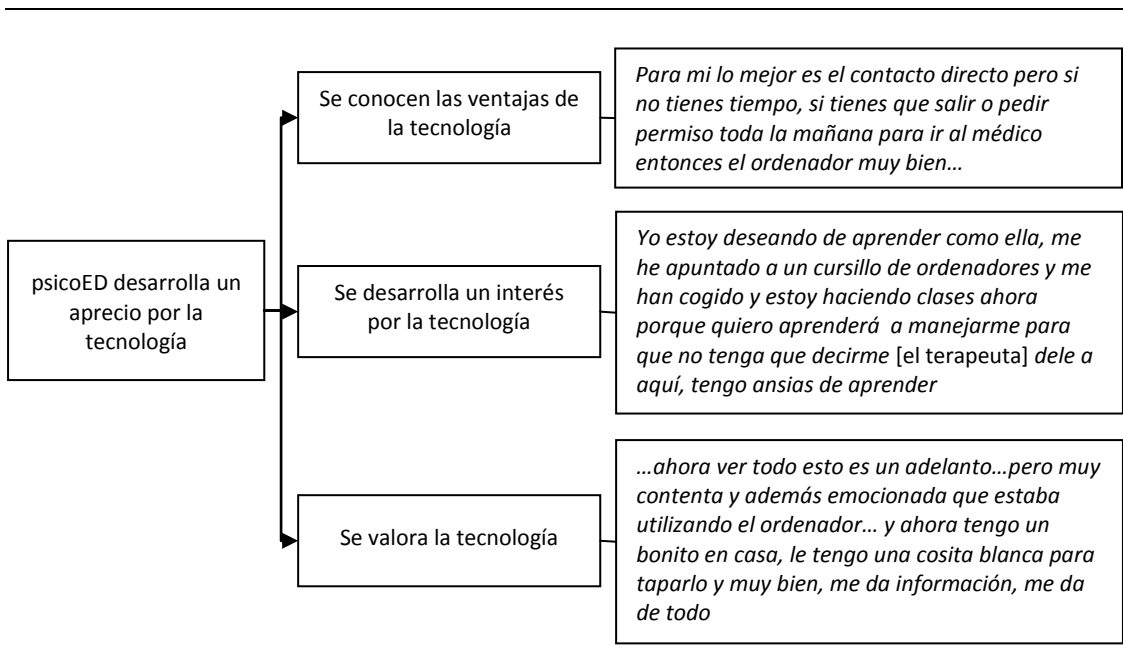
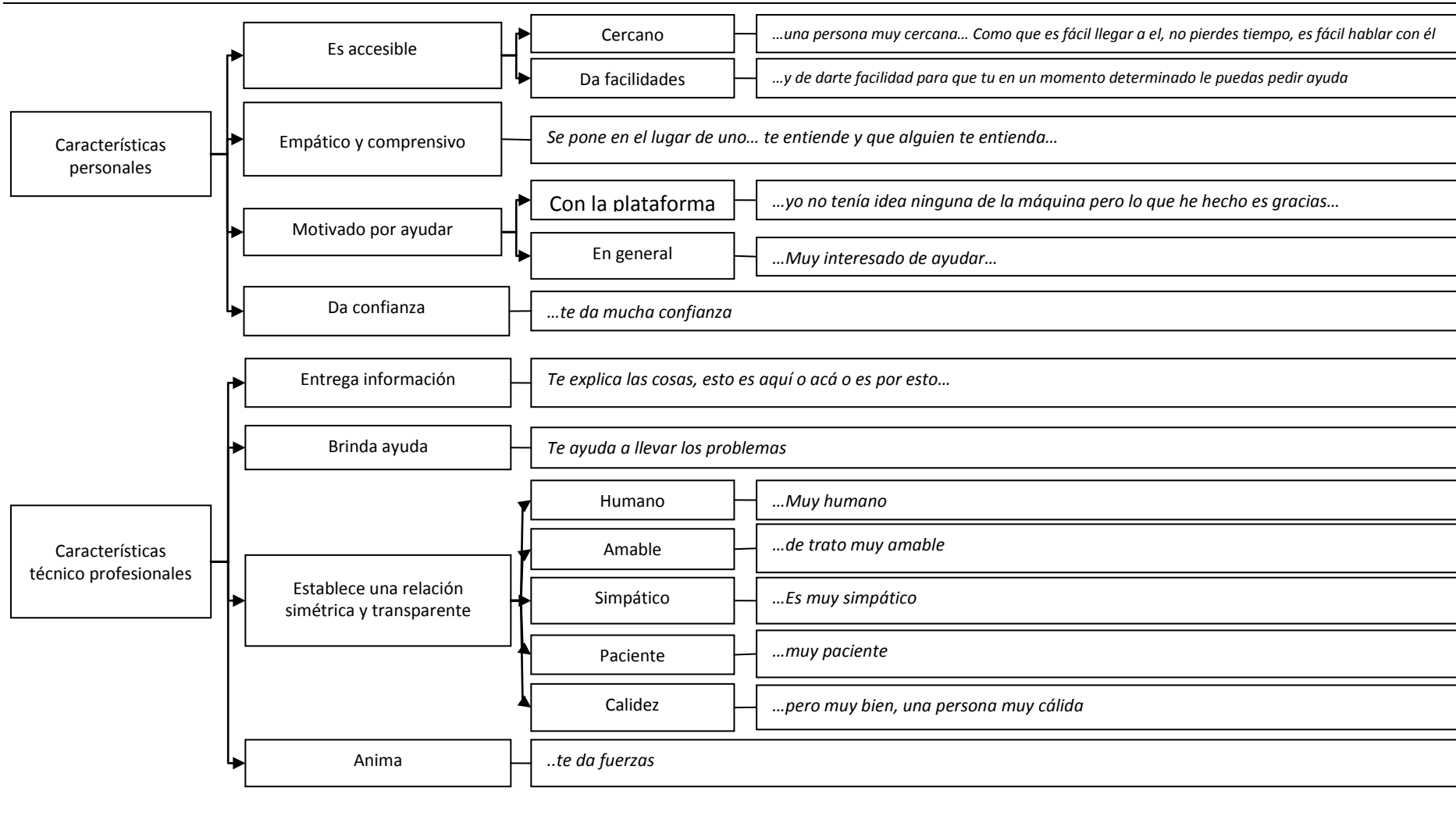


Figura 100: psicoED como resultado desarrolla un aprecio por la tecnología



**Figura 101:** psicoED permite valorar positivamente al terapeuta como resultado de su utilización





Respecto a la **satisfacción** con el programa, es conveniente citar la apreciación de una madre:

*“...era lo que faltaba, [el paciente] lleva 20 años y nunca había recibido lo que le han entregado hasta ahora y menos su familia...”.*

### ***Opiniones que abordan una experiencia negativa con la ciberterapia***

De acuerdo a los comentarios emitidos por los usuarios de *psicoED* en el grupo focal, se identifican seis contenidos que apuntan a una **experiencia negativa** o de insatisfacción con la plataforma. Estos seis contenidos han sido resumidos en la Tabla 137.

**Tabla 137:** Contenidos de la *experiencia negativa* con psicoED

---

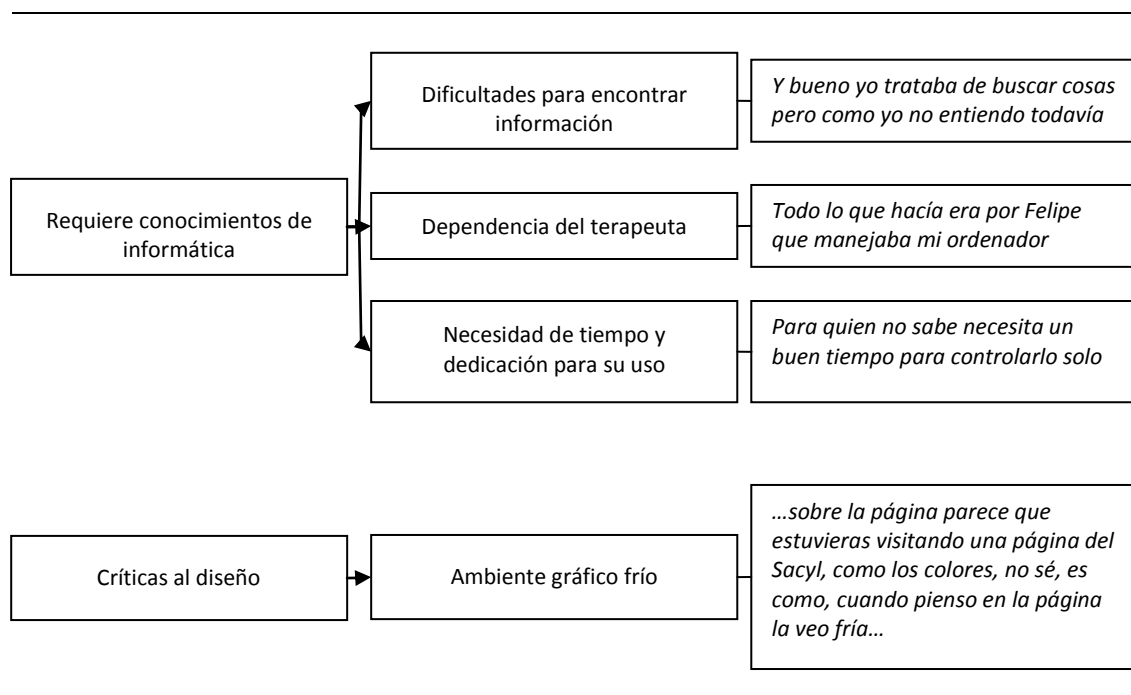
1.	Dificultades de usabilidad
2.	Falta de tiempo
3.	Dificultades de la ciberterapia
4.	Dificultad para participar en los foros
5.	Dependencia del terapeuta
6.	Desconocimiento de la utilidad del programa

---

Dentro de las **dificultades** existen comentarios respecto a la usabilidad de la plataforma *psicoED*. Estas **críticas a la usabilidad** se refieren a dos aspectos: el que **se requieren conocimientos informáticos para su utilización** y que su **diseño gráfico es frío**. Respecto a los conocimientos informáticos, los usuarios señalan que se les hace **difícil encontrar información** y **requieren la ayuda del terapeuta** para aprovechar el programa. Al mismo tiempo reconocen que se requiere **tiempo y dedicación para utilizar la plataforma** (Figura 102).

Otra de las dificultades en el uso de la plataforma *psicoED* es la **falta de tiempo para aprovecharla**. Al respecto, es importante destacar que justamente el perfil de usuarios de *psicoED* (y de las intervenciones a distancia en general), son familiares que tienen dificultad en asistir a la intervención psicoeducativa familiar tradicional, y que dentro de estas dificultades se encuentra el poco tiempo disponible. Las causas de la falta de tiempo en la utilización de *psicoED* se resumen en la Tabla 138.

**Figura 102:** Dificultades de *usabilidad* de la plataforma psicoED



Así, respecto a la falta de tiempo, los usuarios de *psicoED* señalan lo siguiente:

*"... [no he podido utilizarlo] por las obras y porque yo he estado enferma..."; "El problema es que yo paro muy poco, voy a Madrid, al pueblo a Benavente a Bilbao... si yo no lo utilizo es por falta de tiempo, porque estoy trabajando..."; "...me he cambiado de casa también este año, he tenido que hacer obras, lo he tenido que hacer todo y me estoy sacando el carne de coche; por lo mismo, poco a poco, me hubiera gustado utilizarlo más porque me pilla muy cansada sabes..."; "...el ordenador queda relegado al último lugar si uno llega cansado de trabajar..."*

**Tabla 138:** Falta de tiempo para el aprovechamiento de psicoED

1. Problemas de obras en casa
2. Enfermedades
3. Trabajo
4. Viajes
5. Cambio de casa
6. Necesidad de descanso

Otra de las variables que genera insatisfacción con el programa *psicoED* son elementos que se relacionan con el **propio formato del tratamiento**, que en este caso es una ciberterapia. Así,

por ejemplo el **uso de la tecnología como medio para relacionarse**, ya sea porque la **cámara web despierta timidez**, las **conexiones de internet fallan**, o porque existen **problemas en la configuración del ordenador** con algunos recursos y dispositivos necesarios para la plataforma.

Relacionado con lo anterior, los **fallos tecnológicos** van produciendo un fenómeno **acumulativo de frustración** que puede llevar, por ejemplo, a **dejar de desarrollar actividades** posibles, debido a la continuidad de un fallo. Por ejemplo, si se intenta ver un documento y este no se encuentra, y si se intenta nuevamente días después y se produce el mismo fallo, es posible que no se intente bajar más el documento.

Asimismo, respecto a **características propias de la ciberterapia que generan molestias**, se sostiene que el **vínculo de trabajo en el contexto online es frío** y que se puede **preferir el contacto tradicional cara a cara**.

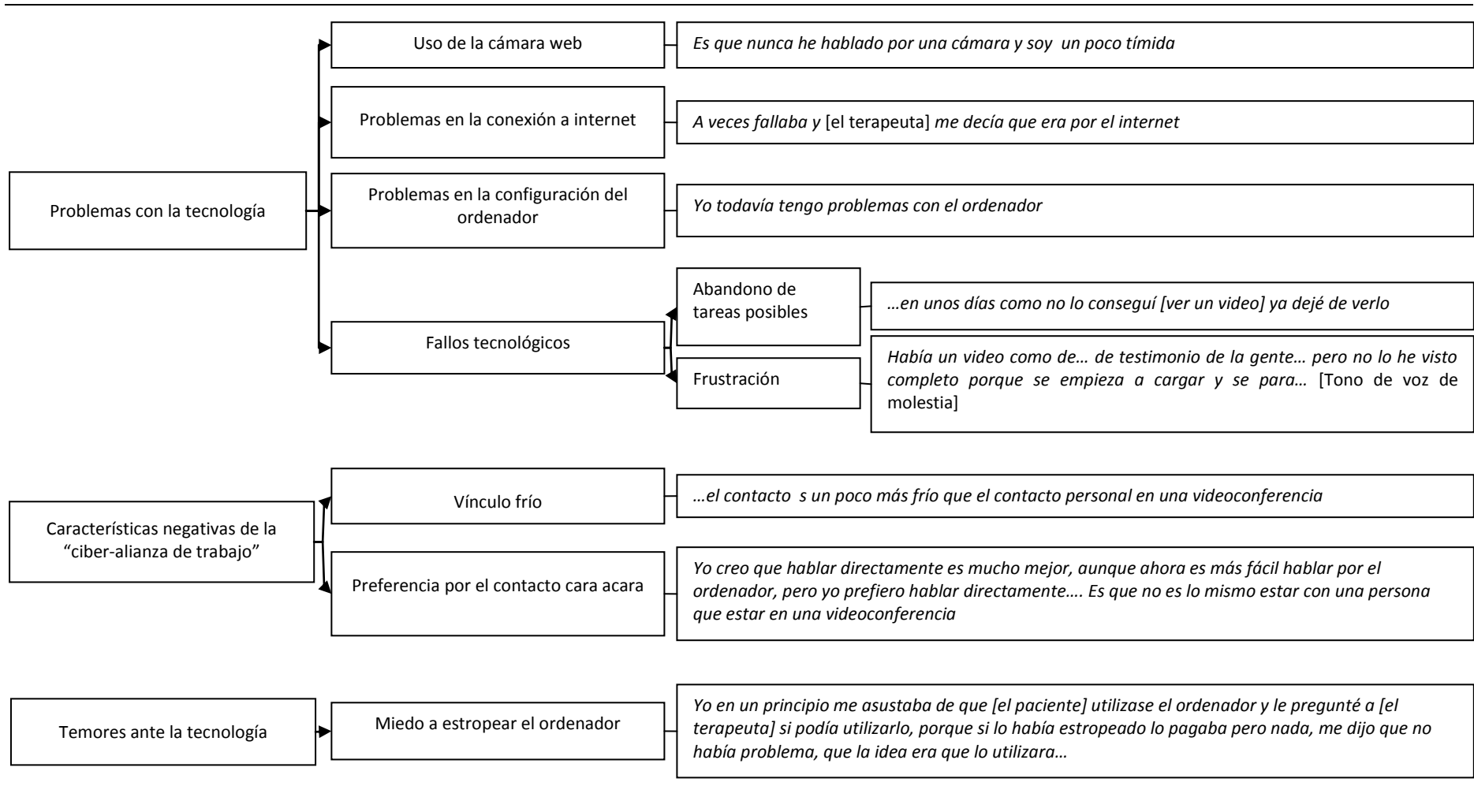
Finalmente, en cuanto a las **dificultades con características propias de la ciberterapia**, los usuarios de *psicoED* presentan un **temor a dañar el equipamiento**. Todo lo anterior se puede observar gráficamente en la Figura 103.

En la Figura 104 se presentan las dificultades que manifestaron los usuarios de *psicoED* para **participar y hacer uso de los foros**. Al respecto se debe señalar que se puso especial atención en este aspecto ya que la utilización de este recurso fue mínima y era de especial interés conocer las razones de este poco aprovechamiento de los foros tanto de familiares como de preguntas a los expertos.

Una primera dificultad señalada son los **problemas para plantear preguntas**. Esta dificultad se encuentra sustentada en la **dificultad en definir o elegir una pregunta** y por la **molestia con “el espacio en blanco”** que les complica rellenar, lo que se expresa en la dificultad para plantear temas o preguntas. Así, también los usuarios señalan la **necesidad que el terapeuta les motive** y rompa el hielo, por ejemplo proponiendo temas.

Otra problemática que surge ante este tipo de recurso es el **desconocimiento**. Un foro y su utilidad es un concepto propio de internet, por lo que personas que no se manejan en esta área no llegan a registrar y comprender el sentido de un apartado como este. Es así, como alguno de los participantes también señala que **no logra comprender el sentido del foro**, a pesar que le conoce y sabe de su existencia.

**Figura 103:** Dificultades propias de la ciberterapia resultantes del uso de psicoED



Uno de los elementos propios del trabajo “*asincrónico*” de un foro online es la **impresión del trabajo solitario**, sensación que justamente describen los usuarios de *psicoED*. Finalmente, respecto a las dificultades en la participación en los foros, se señala que existe **temor a equivocarse**.

Otro fenómeno que se relaciona con la insatisfacción en el uso del programa *psicoED* es la **dependencia del terapeuta**. Una vertiente de la dependencia se produce en las personas con poca o nula experiencia con ordenadores y se refiere a **la necesidad de ayuda y guía** por este desconocimiento. Mientras, otra variante de la dependencia se produce por una **actitud pasiva y con poca iniciativa** frente a la libertad que brinda la plataforma (Figura 105).

Finalmente, respecto a situaciones que pueden generar **insatisfacción en el uso de *psicoED***, existen personas que **no logran comprender la utilidad de la plataforma** y por ello mantienen una actitud de incredulidad y desconocimiento frente a los posibles usos de la misma:

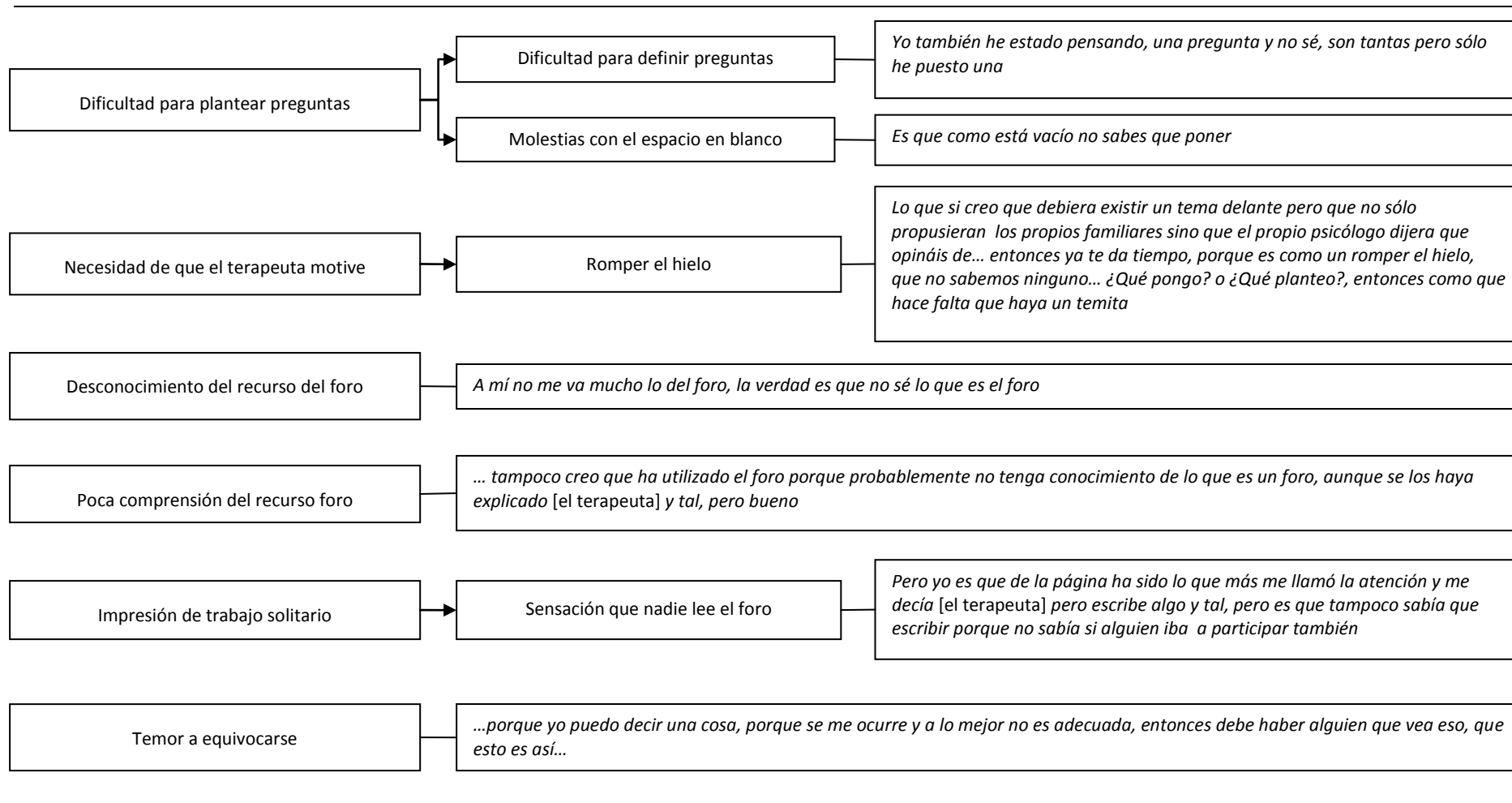
*“... a mi me parece bien, pero todavía no sé muy bien cómo va esto, me lo explicó [el terapeuta] y no me daba cuenta mucho de ello...”*.

### ***Opiniones en cuanto a los resultados de la ciberterapia***

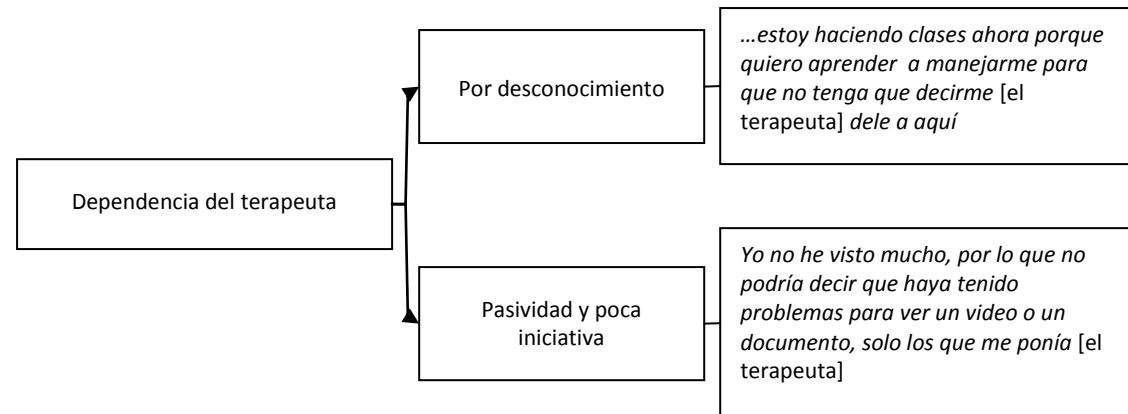
Los **resultados** que identifican los usuarios de *psicoED* son todos positivos, desde **resultados inespecíficos y generales** hasta los centrados en la **entrega de apoyo** y la **facilidad de acceso a un servicio** del que antes carecían. Igualmente, se generan **resultados secundarios** como el **interés por la informática** y **otros productos de la alianza de trabajo**. De este modo los resultados se agrupan en las cuatro categorías que se señalan en la Figura 106.

Junto a lo anterior y respecto a los resultados, debe señalar que al parecer existen **dificultades en separar el programa del terapeuta** ya que entre todos los usuarios de *psicoED* que asistieron al grupo focal existe un acuerdo en que *“...es que para mí el programa es como él [el terapeuta] es difícil, no puedo separarlo...”*.

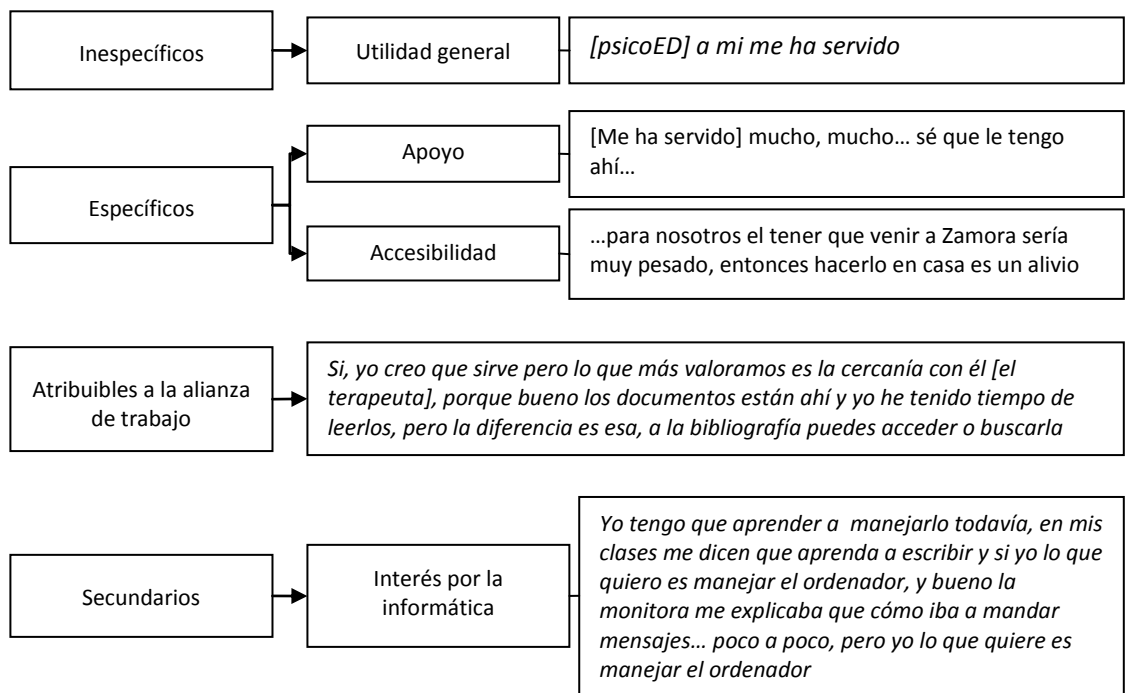
**Figura 104:** Dificultades en participar de los foros como resultado de la utilización de psicoED



**Figura 105:** Dependencia del terapeuta como resultado en la utilización de psicoED



**Figura 106:** Resultados del programa psicoED







## ***VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN***

A continuación se desarrollan un análisis y discusión que surge desde los resultados, al mismo tiempo se presentan discusiones en relación al cuaderno de campo los que van engarzados con las aportaciones del grupo focal. Es decir, si bien muchas de los subtítulos de la discusión se refieren a resultados de la metodología cuantitativa; su contenido integra los resultados como un todo, intentando enriquecer los aportes del estudio pluri-metodológico.

Para comenzar las discusiones se reflexiona respecto a los resultados que tuvieron la convocatoria y las características de los participantes de este estudio. Esta discusión se vuelve interesante ya que el presente estudio fue realizado en un marco naturalista, de modo que el resultado en cuanto a participación refleja una real concreta de una aplicación de ciberterapias en un servicio de psiquiatría en un contexto rural.

A continuación, se aborda el proceso de implementación; instalación de la tecnología en los domicilios; y reflexiones en cuanto al desarrollo de la investigación. Esta discusión pretende abordar elementos que orienten futuras implementaciones y favorezcan la mantención en el tiempo de intervenciones ciberterapéuticas.

Posteriormente, se aborda el tema de las expectativas ante una ciberterapia; alianza de trabajo; exigencia de tiempo profesional y de planificación de las sesiones; resultados en cuanto a opiniones, satisfacción y sentido de presencia; impacto en cuanto a la satisfacción

con el servicio de psiquiatría de un tratamiento ciberterapéutico; discusiones en cuanto a los resultados en la salud general y el apoyo social percibido.

Finalmente, se concluye con una discusión general de la intervención intentado aportar sugerencias respecto a futuras líneas de investigación en cuanto a los temas abordados en el presente trabajo.

### ***Datos sociodemográficos***

La muestra estuvo constituida por 26 familias que conformaron los grupos tradicional, online y control. Finalizado el estudio esta muestra se redujo a 20 participantes, siendo el grupo control y el tradicional quienes más se vieron afectados por la pérdida de participantes. Al respecto es importante señalar que la pequeña muestra obtenida es congruente con otros estudios en donde el reclutamiento de participantes para la condición de tratamiento mediante videoconferencia es difícil y genera grupos de comparación pequeños (Germain, Marchand, Bouchard, Guay, y Drouin, 2010). Del mismo modo, los grupos psicoeducativos en esquizofrenia suelen tener dificultades en los procesos de convocatoria y reclutamiento de participantes (Kuipers, Leff, y Lam, 2004; Magliano et al., 2005; Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml, y Kissling, 2006).

Uno de los primeros asuntos que surge desde el análisis de la composición de la muestra se refiere al porcentaje de rechazo a participar en este tipo de intervenciones. Este no es un resultado novedoso ya que como señala la literatura científica (Anderson, Reiss, y Hogarty, 1988; Kuipers et al., 2004; Magliano et al., 2005; Rummel-Kluge et al., 2006); así como investigaciones desarrolladas anteriormente en este mismo contexto (Soto-Pérez, 2008). La participación es uno de los problemas centrales en el momento de desarrollar tratamientos psicoeducativos cuando se requiere la participación de familias.

En este caso un 55,5% de las personas derivadas al estudio rechazaron participar de él, a pesar de haberseles ofrecido tres alternativas: tratamiento tradicional; tratamiento a distancia mediante *psicoED*; o recibir el tratamiento habitual en el grupo control. Todo lo anterior reafirma la regla de que para conformar grupo psicoeducativos se requiere una posibilidad total de participantes de al menos 2,7 veces la cantidad de asistentes que se desea.

El presente estudio orienta respecto al modo de realizar una convocatoria para un grupo psicoeducativo. Suponiendo que un grupo ideal está conformado por 6 o 7 personas (Kuipers

et al., 2004) y el análisis de la convocatoria nos indica un 55,5% de rechazo y un 30% de deserción<sup>61</sup>. La convocatoria debería implicar a 16 familias, de las cuales sólo asistirán 8, de las que desertarán 2; constituyéndose así un grupo de 6 familiares.

Una diferencia sustancial entre los diferentes grupos experimentales se produce en la comparación de la muerte muestral, abandono, y deserción o *drop-out*. El grupo control tuvo una deserción del 44,4%; en el grupo tradicional el 18,2% de los participantes de las primeras sesiones dejó de asistir; en el grupo online no hubo deserciones de este tipo salvo una situación (16,6%), en que el cambio de domicilio dejó al usuario sin cobertura de internet.

En todos los grupos se realizaron acciones específicas de motivación, las que incluyeron llamadas telefónicas y cartas. Al parecer el tratamiento online genera un efecto motivador una vez iniciado que inclusive supera al grupo tradicional. Este efecto puede relacionarse con derivaciones más allá del objetivo fundamental de la psicoeducación, como la satisfacción con la atención. Del mismo modo, no puede dejar de mencionarse la motivación que genera la informática, los ordenadores y el uso de internet cuando estos se presentan con compañía, apoyo y guía.

Al explorar las razones por las cuales se produjeron los abandonos, en el grupo control la explicación que brindaron los participantes fueron la falta de tiempo y el descontento con la atención. Al parecer, a pesar de las acciones orientadas a la motivación del grupo control (Llamadas telefónicas y envío de cartas informativas); los participantes de la situación control, quienes se caracterizan por mantener alguna dificultad de acceso a los servicios; desarrollan un descontento hacia la participación en una experiencia que les requiere energía (Rellenar cuestionarios) pero en la que no ven beneficios.

Lamentablemente esta investigación no se ha centrado en el estudio sobre la deserción en la psicoeducación, por lo que no se cuenta con mayores datos que las respuestas a las llamadas telefónicas. Es decir, desde un punto de vista cualitativo, las causas de la deserción se asocian a un alto nivel de crítica y hostilidad que se proyecta hacia la intervención familiar. La detección de irritabilidad de tipo depresiva que se manifiesta en un rechazo a aceptar ciertos

---

<sup>61</sup> En este estudio el rechazo es entendido como aquél participante que es convocado pero no asiste a ninguna sesión. Por otro lado, la deserción se produce cuando un participante asiste al menos a una sesión, dejando de asistir a pesar de convocarle en tres ocasiones consecutivas (Ver Pp. 224-225). En el grupo control, se considera deserción cuando se participa de la medición previa pero no de la valoración posterior.

tipos de ayudas; una posición pesimista y desesperanza ante las posibilidades de modificar la situación.

En cuanto al grupo tradicional, las deserciones se produjeron por falta de tiempo en general relacionados con cambios en el trabajo o por problemas de salud. Al mismo tiempo, también hubo deserciones relacionadas con expectativas no cumplidas, así como atribuidas a recaídas en los familiares enfermos. Nuevamente, en este punto los tratamientos online pueden brindar ayuda para mantener a los usuarios en tratamientos, incluso haciendo más simple el acceso en períodos en que la motivación por el tratamiento sea bajo.

Siguiendo con elementos de la composición de la muestra, los resultados indican que fueron personas más jóvenes las que recibieron el tratamiento online, a pesar que los tres grupos comprendían un rango etario similar. Se ha realizado un profundo análisis en la búsqueda de posibles sesgos en la conformación de la muestra y el único posible es la propia motivación e interés de los participantes. Es decir, al parecer las personas jóvenes, que en este caso se refieren a personas de entre 30 y 40 años, se muestran más motivadas por recibir la intervención mediante internet. Este interés de los jóvenes por las tecnologías también ha sido señalado en la literatura pero justificado desde la teoría (Andersson, 2009; Finn y Bruce, 2008; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes, y Jiménez, 2010).

Desde este punto de vista, el desarrollo de alternativas online para el desarrollo de tratamientos en salud mental puede apuntar a facilitar el acceso a personas jóvenes que tienen un contacto más cercano con las tecnologías. Por ejemplo, en jóvenes que sean reticentes a consultar, se les puede ofrecer el contacto mediante correo electrónico, visitar sitios informativos o psicoeducativos; e inclusive el realizar contactos mediante chat.

Este resultado muestral parece relacionarse también, con la mayor participación de hermanos en el grupo online. En este caso, el 50% de los participantes fueron hermanos, lo que son bastantes más que el 18,2% del grupo online. Este dato, nuevamente apunta hacia una mayor motivación por el tratamiento por parte de un grupo particular de familiares: personas de entre 30 y 40 años, posiblemente hermanos. Desde este punto de vista, el tratamiento online apunta hacia un nuevo grupo de cuidadores que pueden generar cambios sustanciales en cuanto al apoyo social de personas con enfermedad mental y favorecer la permanencia en la comunidad de personas con discapacidad incluso cuando el apoyo parental no sea posible.

Así, al parecer el desarrollar intervenciones online facilitaría la participación de personas más jóvenes y de hermanos, posiblemente debido a la comodidad que le otorga la atención a distancia, la posible disponibilidad de recursos informáticos e internet; o la mayor cercanía con la informática. Este resultado apunta a que **el tratamiento ciberterapéutico puede ser una oportunidad complementaria para fomentar la participación de familiares más jóvenes y de hermanos que puedan aportar desde su propia perspectiva en la recuperación de su pariente enfermo**. Este sería una posibilidad diferencial y complementaria del tratamiento ciberterapéutico que valdría la pena profundizar.

Respecto al sexo de los participantes, si bien el rol de cuidador lo suelen ejercer mujeres, algunas investigaciones señalan que también las mujeres son quienes prefieren servicios online (Finn y Bruce, 2008), siendo las edades habituales de los ciber-clientes el rango entre 25 y 40 años de edad.

Los resultados que describen la muestra indican que la disponibilidad de ordenador en la población estudiada es cercana al 33%. Es decir **sólo un tercio de las personas que debiesen recibir atención psicoeducativa y la desean cuentan con los requerimientos técnicos para realizarla por internet mediante ciberterapia**. Esta limitante es una de las mayores novedades en el presente estudio, así como una conclusión fundamental. Así, el presente estudio es uno de los pocos que se desarrolló en base a población clínica a la que se le entregó tecnología para participar. Habitualmente los estudios en ciberterapia se realizan con participantes que cuentan con la tecnología y la suelen manejar, lo que produce ciertos sesgos (Andersson, 2009).

Por otro lado, el que solo un tercio de los participantes dispusiera de internet lleva a la necesidad de buscar alternativas de acceso para las ciberterapia. Dentro de ellas, el equipo de investigación plantea que una de las posibilidades es la habilitación de tele-centros y de salas de ciberterapia en los centros de salud rurales. Estos dispositivos debiesen de cumplir con características de privacidad que potencien su utilización.

Al respecto, los datos en cuanto a penetración de internet en la población española (AIMC, 2010), indican que el acceso a internet a España llega al 51,3% de los mayores de 14 años; mientras que en Castilla y León el uso llega 41,3%. Al parecer en poblaciones como la de Zamora (Rural, envejecida y empobrecida), la penetración de esta tecnología es menor, no superando el 33%. En consecuencia deben desarrollarse alternativas para aumentar la

penetración de internet o acciones desde el ámbito de salud para facilitar el acceso a tratamientos como el de *psicoED* que pueden generar mayor comodidad y accesibilidad.

Finalmente, en cuanto a los datos sociodemográficos resultantes del presente estudio, se debe señalar que mediante todo el estudio sobre el programa *psicoED* se ha reducido la edad promedio de los usuarios que reciben psicoeducación familiar en casi 8 años. El promedio de edad en la etapa de diseño durante el año 2008 fue de 38,6 años (Soto-Pérez, 2008); mientras que en el período 2009-10 alcanzó los 36,6. Actualmente, el promedio de edad de los pacientes cuyas familias reciben psicoeducación familiar ronda los 30 años. Con ello se ha logrado llegar más de 8 años más pronto a entregar tan importante intervención. Este es un resultado secundario del proceso de estudio y al parecer nuevamente relacionado con la introducción de nuevas tecnologías y del proceso de reflexión sobre las intervenciones psicoeducativas.

### ***Implementación tecnológica de una ciberterapia***

Antes de avanzar respecto a las conectividad a internet en la Provincia de Zamora es conveniente destacar que el año 2002 la empresa Afitel ponía a la ciudad de Zamora a nivel pinero mundial en conectividad: Zamora era la primera ciudad del mundo en contar con acceso wifi en todo su radio Urbano. El proyecto planeó brindar acceso en toda la ciudad y llegó a tener 1.000 clientes mientras la red ADSL tenía 1.250; entregando una velocidad de conexión supuesta entre 256 Kbs a 2 Mbs (Jiménez, 2003).

La experiencia llegó a recibir el premio *ComputerWorld Honor Award* del año 2003; pero, pasados diez meses este “*Case Study*” planeado por Intel se transformó en un fracaso (Cantalapiedra, 2004; Jiménez, 2003)

Como se ha señalado, una de las nuevas variables que intervienen en el proceso de implementación de un tratamiento ciber-terapéutico se refiere a todos los elementos tecnológicos. Estos componentes tecnológicos son factores diferenciales entre el tratamiento tradicional y online ya que no suelen ser un factor fundamental ni relevante en los tratamientos cara a cara. Así, el modelo de ordenador, el software que contiene y, por sobre todo, las características de las conexiones a internet; constituyen elementos que pueden favorecer o hasta llegar a impedir el desarrollo de una ciberterapia. En este caso se señalan los

resultados del estudio de conectividad resultantes del proceso de implementación de la plataforma *psicoED*.

Lamentablemente, la literatura específica sobre implementación de ciberterapias es más bien escasa. Una búsqueda en PsycINFO de los términos [*Cybercounseling* OR *E-Therapy* OR *Internet Counseling* OR *Teletherapy* OR *Web based mental health Services*] AND *Implementation*; resulta en 61 artículos cuando no se restringe la búsqueda a ningún campo (Todos los campos o *All fields*). Este resultado indica que existen 61 artículos que al menos hacen alguna mención a la implementación en alguna parte de su texto. Cuando se realiza la misma búsqueda pero restringiendo el resultados a que la palabra "*implementation*" se encuentre al menos en el resumen el resultado se reduce a la mitad (30 artículos).

El anterior análisis señala las escasas referencias específicas que abordan la implementación de ciberterapias. En general, los estudios sobre implementación abordan la eficacia de las intervenciones (Andersson, Carlbring, y Cuijpers, 2009; Tutty, Spangler, Poppleton, Ludman, y Simon, 2010); la satisfacción y aceptación (Gun, Titov, y Andrews, 2011; Sander, Clark, Atchison, y Rueda, 2009; Tutty, 2008); los asuntos éticos relacionados (Chang y Wang, 2009; Welfel y Heinlen, 2010); e incluso sobre el rol del profesional (Humphrey, 2009; Nelson, Bui, y Velasquez, 2011).

Solo unas pocas publicaciones se centran en el proceso de implementación, el que incluye el complejo proceso de traspasar el modelo de trabajo tradicional al espacio online en una intervención práctica (Cucciare, 2010; Cucciare y Weingardt, 2007; Welfel y Heinlen, 2010) Pocas publicaciones se centran en aspectos relacionados con las barreras de la implementación (Luo, 2008). Más aún, la gran mayoría de los estudios publicados hacen referencia a ciberterapias que se desarrollan mediante correo electrónico o chat (Abbott, Klein, y Ciechomski, 2008; Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, 2008). Todo ello apunta al aporte que entrega la presente investigación.

El presente estudio concluyó que el 65,5% (38 familias) de los posibles participantes en la psicoeducación tenía alguna posibilidad de acceder a *psicoED* ya que disponía de una probabilidad de conexión a internet, disponía de alguna posibilidad de conexión a internet. Lamentablemente, los requerimientos técnicos, así como la complejidad e incomodidad de la implementación llevó a que solamente el 10,3% (seis familias), accedieran al programa de psicoeducación mediante *psicoED*.

Todo lo anterior genera la necesidad de buscar nuevas alternativas para aumentar la cantidad de participantes en los tratamientos online. En el presente estudio, la primera alternativa fue encontrar alguna compañía que proveyera conexión mediante ADLS/Cable que permitiera entregar conexiones a internet; una segunda alternativa que se estudió fue el uso de telecentros comunitarios; una tercera fue evaluar la conexión satélite o banda ancha rural; y finalmente, se evaluó la posibilidad de implementar conexiones móviles. Posterior a todo este proceso, se debía encontrar la fórmula para financiar dichas conexiones, pero el primer paso era establecer que la posibilidad tecnológica existía.

A continuación se presentan los resultados de estas cuatro alternativas *post-hoc* que fueron necesarias evaluar debido a la escasa conectividad a internet que presentaban las derivaciones al programa de familias.

Estos resultados apuntan a las dificultades que deben afrontar implementaciones de ciberterapia en el campo real. Estos resultados referidos a la cobertura a pesar de ser ajenos a la psicología son orientaciones fundamentales para el desarrollo de las ciberterapias.

Por ejemplo, la primera dificultad en el uso de telecentros se refiere al término de su financiación. Durante el comienzo del proceso de implementación de la plataforma *psicoED* (2008/2009), el Plan Avanza que financiaba a *red.es* para que proveyera el servicio estaba concluyendo; este fin de programa se traducía en que justamente durante el periodo de estudio de factibilidad técnica, se estaban estudiando alternativas de cómo darle continuidad al programa; siendo muy posible que los ayuntamientos debiesen asumir el pago y mantención de los telecentros. Así y en estas condiciones, muchos telecentros estaban cerrados, en desuso o en fase de cambio de gestión lo que no les daba la fiabilidad necesaria para implementar el programa *psicoED*.

Por otro lado, otra razón que impidió la utilización de telecentros en el programa fue el rechazo a la pérdida de intimidad y confidencialidad por parte de los usuarios. Los telecentros no contaban con espacios de intimidad y tranquilidad necesarios para desarrollar un tratamiento de este tipo y los familiares no se mostraban dispuestos a acudir a recibir esta ayuda psicoeducativa a vista de vecinos u otros usuarios del telecentro. Otra razón argumentada para rechazar el uso de telecentros fue la distancia que se debía recorrer para acceder a dicho dispositivos, algunos pueblos no contaban con telecentro y las familias debían recorrer en coche una distancia de hasta 30 minutos que los desalentaba, ya que, al mismo



tiempo no se mostraban conformes con acudir a otro lugar distinto al de su entorno acostumbrado.

La experiencia de este estudio señala que en este momento no es posible utilizar telecentros para el desarrollo de ciberterapia. A futuro se haría necesario que tanto los telecentros rurales como los centros de salud rural cuenten con salas de ciberterapia, telemedicina y *eSalud* privadas, en donde un usuario pueda conectarse de forma cómoda, íntima y confidencialmente con un profesional que se encuentra distante. Estas salas debiese contar con un programa de control a distancia que permita al profesional organizar la sesión y ayudar al usuario en caso de bajo nivel informático; del mismo modo se debe contar cierta cooperación de alguien que permita coordinar las citas; el paso de cada usuario después de otros y solucionar posibles fallos.

Por otro lado y considerando otra tecnología de conexión, es conveniente señalar que la conexión vía satélite teóricamente es posible en cualquier lugar. Pero, debido a su alto coste, sólo es recomendable en aquellos lugares en donde las conexiones más tradicionales no son posibles. Igualmente, a pesar que teóricamente la conexión satelital es siempre posible, puede ocurrir que obstáculos geográficos o una inadecuada cobertura satelital pueda entorpecer y encarecer las posibilidades de conexión a internet vía satélite. Asimismo, este tipo de conexiones también se ven afectadas por fenómenos atmosféricos, al igual que las que utilizan tecnología 3G, 3.5G y 4G.

La implementación mediante internet 3G es bastante simple ya que el contrato puede ser centralizado. Por ejemplo, la contratación la realiza una fundación o institución y se las entrega a cada usuario. No conlleva cables u otros elementos que impacten en la vivienda de los beneficiados del programa. Por otro lado, se concluyó que una sesión de ciberterapia utilizaba un intercambio de datos de 300 Mb, lo que aseguraba que al menos se podrían realizar hasta 3 sesiones con una carga de 1 GB, si la conexión era sólo utilizada para la ciberterapia.

El punto en contra de este tipo de conexiones es su confiabilidad y certeza, ya que en pruebas piloto se observó que existían horarios en que la conexión decaía, eventos coincidentes con los horarios en que más se demanda la red de telefonía móvil. Además, puede ocurrir que en un edificio la conexión llegue bien a un piso pero al del al lado no; e incluso la conexión en un piso sea deficiente en el salón pero excelente en lugares tan inadecuados para instalar un ordenador como el baño. Particularmente en este estudio, los horarios punta que mermaban el funcionamiento de las conexiones móviles se produjeron

entre las 10 y 13 horas. Asimismo, en un domicilio hubo que realizar pruebas en diferentes partes del salón y mover parte del mobiliario para alcanzar una mejor conexión.

Un elemento de usabilidad importante en la utilización de conexiones móviles es que estos artilugios incluyen elementos de seguridad que exigen a los usuarios realizar algunas acciones que pueden dificultar su uso. Las conexiones móviles a internet incluyen una clave de acceso o PIN (*Personal identification number* o número de identificación personal), para que los usuarios puedan aplicarla deben tener conocimientos mínimos de informática y de mecanografía para ingresar el número, Esta aparente simple tarea, generó errores que impidieron o dificultaron la conexión a internet. Por ejemplo, en una ocasión una usuaria tardó una hora en conectarse a internet con el ordenador que se le entregó ya que a pesar que se le brindó un taller de formación de dos horas en su domicilio, no lograba activar los íconos y al ejercer presión en el teclado se le repetían las letras más de una ocasión lo que invalidaba el PIN. En un principio se decidió no desactivar el PIN debido a posibles robos o pérdidas que podían aumentar los costes del programa.

Toda estas dificultades de conectividad a internet lleva a que la ruralidad no sólo afecta la movilidad terrestre sino también la virtual. Muchas empresas rurales no pueden mantener contacto mediante páginas web o correo electrónico debido a esta falta de conectividad, inclusive los mismos alcaldes que están interesados en recibir subvenciones para mejorar el acceso a internet deben entregar sus postulaciones mediante correo tradicional ya el bajo desempeño de la propia conexión del ayuntamiento rural no les hacerlo en línea.

A pesar de lo anterior, existen buenos ejemplos de conectividad rural en Zamora en donde pueblos como Almaraz de Sayago, Almeida, Casaseca de las Chanas, Bretocino, Brime de Sog, Arcenillas, Fuente el Carnero, Galende o Illanes, cuentan con tres alternativas de conexión: ADSL; Satélite y WiMax.

Gracias a los avances en la tecnología de conexiones datos móviles actualmente gracias a la denominada red 3.5G<sup>62</sup>, es posible disponer de conexiones de banda ancha móvil y sin cables. Sucintamente la red 3.5G<sup>4</sup> se refiere a una tercera generación de conectividad móvil que utiliza *Wideband Code Division Multiple Access* (WCDMA o acceso múltiple por división de código de banda ancha) lo que permite aumentar las tasas de transferencias de datos mediante la utilización de la interfaz CDMA y la UMTS (*Universal Mobile Telecommunications*

---

<sup>62</sup> También 3G o 4G.

System). Todo lo anterior se resume en que la tecnología 3.5G<sup>4</sup> permite la comunicación multimedia, acceso a internet a una elevada velocidad, la posibilidad de transmitir audio y video en tiempo real y la transmisión de voz equiparable a redes fijas. Junto al acceso a internet la red 3.5G permite el *roaming* internacional y la inter-operatividad (UMTSForum, 2010).

Una de las ventajas del uso de esta tecnología es la simpleza de su implementación. Por ejemplo, no es necesario el uso de cables, ni de contar con teléfono o línea ADSL. Una de sus grandes desventajas es su escasa cobertura junto a la poca fiabilidad de sus conexiones ya que, al igual que la tecnología satelital; se ve determinada por variables atmosféricas, geográficas y arquitectónicas.

Así, respecto a la cobertura de internet móvil, en la provincia de Zamora sólo cuatro núcleos urbanos cuentan con la posibilidad de conexión móvil: Zamora, Toro, Benavente y Puebla de Sanabria. Por otro lado, a conexión teórica satelital en la provincia de Zamora es total, pero debido a la determinación por factores geográficos, arquitectónicos y meteorológicos su cobertura real y concreta debe ser valorada caso a caso y en el entorno real en donde se realizará la conexión.

### **Síntesis respecto a elementos de implementación de una ciberterapia**

Ante el momento de desarrollo de las redes de comunicación mediante internet, junto al contexto rural en el que se desarrolló el presente estudio; el proceso de implementación tecnológica se vuelve fundamental pudiendo incluso volverse tan farragoso que puede llegar a impedir la implementación de una ciberterapia. Se debe señalar que todos estos componentes del estudio no han sido considerados en la comparación de tiempo dedicado por el terapeuta, ya que de hacerlo el desarrollo de una ciberterapia implicaría al menos un tercio más de dedicación de la que ya ha sido señalada en el apartado de resultados de tiempo profesional. Esta decisión también se funda en que se consideró todo este proceso como una fase previa al tratamiento propiamente tal.

Así, es conveniente señalar desde un inicio que el presente proyecto de investigación ha sido llevado a cabo con éxito primero por el fuerte interés e impulso que puso en su desarrollo el Jefe del Servicio de Psiquiatría de Zamora, Dr. Manuel Franco-Martín. A continuación y al mismo nivel, se encuentra el apoyo en financiamiento y desarrollo que se encontró en

Fundación INTRAS y la Universidad de Valladolid; y finalmente, no se debe dejar de lado la motivación por parte del equipo de investigación en llevar a buen puerto el proyecto. Así, y en las actuales condiciones en que se encuentran las ciberterapias, el apoyo por parte de las jefaturas, direcciones y administraciones; el disponer de financiación y apoyo tecnológico; junto con la motivación de los profesionales implicados; son variables fundamentales para llevar con éxito una ciberterapia.

Junto a lo anterior, es fundamental discutir sobre los elementos técnicos que pueden determinar un proceso como el que se investigó. Se debe señalar que todos estos elementos tecnológicos sirven como guía para futuras aplicaciones de ciberterapias ya que existen muy pocas publicaciones que detallen a este nivel la complejidad tecnológica (Derrig-Palumbo y Zeine, 2005; Myers y Cain, 2008). Por lo tanto, este apartado brinda detalles que deben atenderse para que una ciberterapia tenga mayor facilidad de implementación. De hecho Myers y Cain (2008) señalan que uno de los principios fundamentales en la práctica de método de atención a distancia es justamente la determinación de la infraestructura necesaria.

Se debe tener siempre claro que la ciberterapia es una real alternativa, sobre todo cuando la relación cara a cara no es posible (Derrig-Palumbo y Zeine, 2005). Pero, para que sea posible una ciberterapia se debe realizar ciertos pasos previos en relación a la tecnología que pueden determinar el éxito o fracaso de una ciberterapia. Así, el proceso de implementación tecnológica comprende aspectos que se sintetizan en la Tabla 139.

**Tabla 139:** Guía de un proceso de implementación de ciberterapias

---

1.	Definir el área de trabajo o intervención
2.	Consideración de variables tecnológicas determinantes
3.	Diseño general de la tecnología y el diseño
4.	Elección del ordenador
5.	Elección del software
6.	Configuración del ordenador y su software
7.	Estudio de posibilidades de conexión
8.	Pruebas en terreno
9.	Monitoreo de fallos

---

Estos pasos están determinados por el procedimiento que se logró conseguir en este estudio, en donde la ausencia de ordenador o conexión a internet pudo verse superada por la disposición de recursos para brindar acceso. Del mismo modo, cuando un usuario disponía de tales elementos debía igualmente realizarse un estudio técnico menor para asegurar la factibilidad.

## **Elección del área de trabajo o intervención, consideración de variables tecnológica determinantes y diseño general de la intervención**

El primer paso para la implementación de una ciberterapia se refiere a determinar el área de trabajo o el tipo de intervención que se pretenden desarrollar. Para ello es necesario justificar la necesidad de utilizar ciber-atención y aproximarse a las reales posibilidades de éxito en esta tarea.

Al momento de planificar la implementación de una ciberterapia se debe tener en consideración tanto la tecnología como las necesidades de la población (Trepal, Haberstroh, Duffey, y Evans, 2007). En este punto el presente estudio es un aporte ya que se establece la necesidad de considerar las reales posibilidades de conexión a internet antes de implementar y diseñar una ciberterapia. Por ejemplo, la misma plataforma o las psico-tecnologías disponibles en una ciberterapia deben estar en relación a las características de cobertura de internet disponiendo de la posibilidad de realizar acciones bajo márgenes de transmisión de datos estrechos.

Específicamente en cuanto al área de salud a abordar, en este caso se eligió a las familias de personas con esquizofrenia. Al respecto, se aconseja que para futuras primeras experiencias en el uso de tecnologías en salud mental se comience con poblaciones que tengan mayor cercanía con las tecnologías y entre las que se cuente con mayor cantidad de posibles participantes. Así, la psicoeducación en trastorno por déficit atencional (TDA) y la depresión pueden ser cuadros más simples de abordar desde el punto de vista de la implementación; los padres de niños con TDA son jóvenes y pueden tener mayor cercanía con las tecnologías. Por otro lado, la depresión es un cuadro altamente prevalente por lo que existirían mayores probabilidades de reclutar participantes. El planificar procesos de implementación más simples puede potenciar las posibilidades de éxito y la mantención de experiencias en ciberterapias.

Los resultados indican que el 65,5% (38), de las personas que fueron derivadas a psicoeducación tenían alguna posibilidad de conectarse a internet; así el 10,3% (6) de los derivados a psicoeducación recibieron la intervención mediante *psicoED*, y solamente el 3,5% (2) de la muestra posible lo hizo mediante su propio ordenador y conexión, aunque igualmente requirieron algún accesorio como cámara web, auriculares o micrófono. Es decir, siendo estrictos en este sentido, ninguno de los participantes (0%), contaba con el equipamiento tecnológico necesario para aprovechar el tratamiento mediante *psicoED*.

Por otro lado, debido a que solamente el 3,5% de la muestra total estaba en condiciones y con la motivación necesaria para participar en *psicoED*, se decidió estudiar diferentes posibilidades de conexión. La elección fue utilizar conexiones móviles, ya que permitían una fácil implementación sin cables ni contratos y la posible re-utilización. Lamentablemente, el uso de conexiones móviles limita el acceso a las zonas en donde existe cobertura 4G.

Un punto específico referido a la implementación fue el descarte del uso telecentros u otros sitios en que se dispone de la tecnología necesaria pero que no cumplen con las características de privacidad adecuadas para recibir un tratamiento psicológico. Todos los usuarios posibles de la alternativa de recibir atención en telecentros rechazaron la alternativa por la incomodidad, falta de confidencialidad y poca privacidad. Al respecto, existen autores que señalan que los lugares de acceso para usuarios de tele- atención o ciberterapia, cuando no son el domicilio del usuario, debiesen de contar con la colaboración de persona *in-situ* de modo de facilitar el desarrollo de las sesiones (Myers y Cain, 2008).

Este resultado respecto al rechazo de los telecentros orienta sobre qué características debiese cumplir un despacho en donde se realiza ciberterapia. Por ejemplo, en la provincia de Zamora sería recomendable que algunos centros de salud rurales contaran con un despacho de ciberterapia que facilite el contacto entre usuarios y profesionales. Este despacho debería ser privado, es decir que el usuario pueda estar sólo para poder expresarse con tranquilidad sobre sus asuntos personales. Para que esto ocurriese la plataforma, el ordenador, el software y el modo de conexión deben promover la mayor autonomía.

En cuanto a este tema y en relación al futuro de las ciberterapias, es recomendable que se desarrollen espacios adecuados para tele- atención en aquellos centros de salud que puedan facilitar el acceso a ciertos tipos de servicios sanitarios como lo son las atenciones de psiquiatría y salud mental; pero lo que no se limita solamente a este tipo de problemas de salud. Por ejemplo, bajo ese mismo formato se pueden desarrollar apoyos para hipertensión, obesidad, diabetes, entre otros cuadros.

Así también, es posible que siguiendo el aumento de cobertura de internet y el uso de ordenadores, en un plazo medio gran parte de la población dispondrá de las condiciones tecnológicas para recibir atención mediante ciberterapias en sus propios hogares, de modo que estos problemas de implementación se vean reducidos de tal manera que se vuelvan mínimos y que solamente sea necesario contar con servicios de ayuda y de solución de emergencias.

Pasando a otro elemento tecnológico, de momento y en cuanto a la velocidad de conexión o ancho de banda de transmisión de datos, existen estudios que señalan que transmisiones de 128 *kbs* permiten el diagnóstico (Yoshino et al., 2001), pero que transmisiones mayores a 384 o 768 *kbs* brindan seguridad y exactitud a tareas diagnósticas (Hylar, Gangure, y Batchelder, 2005). Mientras, transmisiones superiores son necesarias para el diagnóstico de dis-morfologías o genopatías; trastornos del movimiento; o sintomatología negativa. Inclusive, se sostiene que transmisiones lentas igualmente pueden ser útiles para la evaluación mediante cuestionarios u otros tratamientos específicos (Myers y Cain, 2008; Myers, Valentine, y Melzer, 2007).

La propuesta desde un punto de vista tecnológico para la implementación de ciberterapias en Zamora debería seguir las proposiciones de la Tabla 140.

**Tabla 140:** Implementación tecnológica en domicilios de psicoED

---

1.	Visita al domicilio:
	a. Valoración del hardware y accesorios
	b. Prueba de velocidad
	c. Ingreso guiado
	d. Configuración del navegador
	e. Videoconferencia guiada
2.	Primera ciber-sesión
	a. Llamada telefónica
	b. Videoconferencia
3.	Desarrollo de la ciberterapia
	a. Monitoreo de fallos y asesoría tecnológica

---

El objetivo de la visita domiciliaria, si bien tiene un sentido tecnológico, debe complementarse con la utilidad clínica de la valoración en el entorno real de convivencia de la familia. Las pruebas de velocidad son imprescindibles para conocer la posibilidad de funcionamiento, y la videoconferencia permite conocer la capacidad total del equipamiento del usuario. Posteriormente, durante una primera sesión a distancia se brinda apoyo telefónico; y posteriormente, a lo largo de todo el tratamiento se debe estar atento a posibles problemas de índole tecnológico que pueden dificultar el desarrollo de la ciberterapia.

## ***Posibilidades futuras de implementación de ciberterapias***

La incorporación de nuevas tecnologías no es un fenómeno nuevo en algunas áreas de la actividad humana. De hecho en salud comenzó en 1960 (Schopp, Demiris, y Glueckauf, 2006), y en salud mental en 1961 (Wittson, Affleck, y Johnson, 1961). Pero, uno de los ámbitos en que se han desarrollado las TICs ha sido el mercado de la banca electrónica. Este tipo de servicios es una comparación útil ya que se encuentran situaciones similares al incorporar innovación electrónica en una situación de intercambio que debe ser seguro y fiable (Wikipedia, 2010a). En el mercado bancario, la incorporación de internet generó tales cambios que se puede sostener que existe una nueva era bancaria posterior a la incorporación de las TICs. Del mismo modo, la incorporación de las tecnologías en salud podría generar algunos efectos que pueden llevar a hablar de cambios importantes en el modelo asistencial en salud.

Por ejemplo, en el mercado bancario la introducción de internet generó mayor competencia debido a que: se acortaron las distancias, no fue necesario construir una oficina para competir, bastando con difundir un banco online; también se disminuyen gastos operacionales ya que muchas actividades se pueden desarrollar sin la supervisión de un empleado; el cliente se vio más libre y con mayor posibilidades para elegir una institución; surgieron nuevos productos y servicios; el acceso al banco y la información bancaria se hizo posible los 365 días del año y las 24 horas del día; se modificó el modelo del negocio bancario y los perfiles profesionales requeridos. Todo lo anterior entre muchos otros efectos (Momparker, 2008).

Al respecto, los fenómenos que permitieron la difusión y el uso intensivo de la banca online y todo el mercado en internet se sustentó en aspectos como la penetración de internet hasta la confianza en el nuevo medio (el ciber-espacio); en donde se produce el intercambio bancario. En la Tabla 141 se han adaptado algunos de estos elementos propuestos por García y Romero (2004), pero aplicados a la ciberterapia.

**Tabla 141:** Condiciones que determinan el éxito de acciones sustentadas en internet

- 
1. Penetración de internet en los hogares
  2. Grado de confianza y legitimación de internet como medio para recibir atención en salud mental
  3. Grado de accesibilidad a la atención tradicional y satisfacción con la atención tradicional
  4. Características diferenciales del servicio online al compararlo con el tradicional
- 

Adaptado de García y Romero (2004).

Tras diez años, desde 1995 fecha en que comenzó la banca online y hasta 2005, el 8% de los españoles utilizaba al menos una vez al mes la banca online (Momparker, 2008). Aunque



dicho porcentaje ha ido aumentando cada vez más justamente debido a la mayor credibilidad del sistema y el aumento de ofertas, llegando a cifras que llegan al 50%. Si extrapolamos esa situación a la salud mental aún no puede decirse que la salud mental online haya comenzado, pero al parecer lo hará dentro de la próxima década, por lo que en unos 15 años es muy probable que un porcentaje no menor de usuarios reciba atención en salud en un marco online. Es de esperar que dentro de la próxima década sea posible que un porcentaje importante de tareas de salud se desarrolle por internet. Por ejemplo, actualmente la reserva de una cita; la elección de un profesional y cada vez más la recopilación de información son actividades de salud que son posibles de desarrollar en internet<sup>63</sup>.

### **Penetración de internet en los hogares**

Para aprovechar las ventajas que generaría un modelo de atención mediante ciberterapias en salud mental se deben abordar cada uno de los puntos anunciados anteriormente en la Tabla 139. El primero de ellos se refiere a la penetración de internet en los hogares. El presente estudio señala que se deben realizar muchas acciones para superar la poca cobertura de internet en las zonas rurales en donde la ciberterapia puede ser un aporte. Dentro de estas acciones se encuentra la entrega de ordenadores con conexiones o la habilitación de centros de ciberterapia en centros de salud rural. Todas estas acciones generan una compleja implementación y un aumento de costes que puede llevar a que sólo en situaciones puntuales la ciberterapia sea una alternativa realmente factible.

Los resultados de esta investigación indican que, si bien existen múltiples alternativas que posibilitarían la cobertura de internet en todo tipo de territorios. Actualmente las alternativas comerciales solo hicieron posible que un 65,5% (38), de los posibles participantes pudiesen acceder a una conexión a internet. Lamentablemente, en muchos de estos casos la implementación era muy costosa (Internet satelital) o incómoda y burocrática (Conexión ADSL). En este estudio sólo el 15,5% (9) de los posibles participantes tenían acceso propio a internet; pero sólo el 12,2% (7) cumplía con los requerimientos para utilizar todas las posibilidades de *psicoED*. Finalmente, sólo 3,5% (2) de los participantes aceptó participar en la intervención utilizando su propia conexión a internet.

---

<sup>63</sup> Respecto a la solicitud de cita médica mediante internet; en Sant Joan (Alicante), durante el año 2009 se realizaron 20.000 citas web, siendo la población del ayuntamiento de 22.138 habitantes. Alrededor de ¼ de las citas se solicitan por esta vía. Este sistema fue implementado en el año 2008 (Salut i Força, 2009)

A pesar de lo anterior el aumento de la cobertura de internet es un proceso que va avanzando rápidamente. Lamentablemente, el proceso va mucho más rápido en los hogares urbanos que en los rurales. Por ejemplo, en el año 1996 solamente el 1% de la población mayor de 14 años accedía a internet; en el año 2000 esta cifra aumentó a un 12,6%; en el 2005 a 34,5 y en la actualidad llega al 51, 2% (AIMC, 2010); lamentablemente esta penetración no considera los altos costes que se deben pagar por acceder a internet mediante banda ancha rural en los pueblos de Zamora.

Inclusive, durante los últimos dos años la cifra de acceso a internet durante el último mes va aumentando en un punto porcentual cada trimestre. Si la tendencia siguiese a ese ritmo el acceso universal a internet llegaría cerca del año 2025. De este modo, pareciera ser que la utilización de ciberterapias debiese comenzar a ser una alternativa para personas que tienen acceso a internet y eso es en la población urbana. Es por ello que la mayoría de los estudios sobre ciberterapias se desarrollan en estos contextos poblacionales (Andersson, 2009), a pesar que los mayores beneficios de este tipo de intervenciones serían en poblaciones con dificultades de acceso.

Las estimaciones anteriormente propuestas respecto a la penetración de internet pueden ser algo entusiastas. La cobertura de internet es muy rápida y simple en localidades urbanas, pero bastante más compleja y costosa en población rural. Incluso, la cobertura de internet en zonas rurales llega a ser poco conveniente desde el punto de vista de las empresas proveedoras debido al alto coste de implementación y la baja demanda. Es bastante probable que en 10 a 15 años más el 80% de la población tenga acceso a internet, lo que supondría que el primer punto de las condiciones que facilitan el éxito del desarrollo de acciones en internet<sup>64</sup> se encontraría satisfecho antes de ese lapso de tiempo.

Considerando esa cobertura, existe una posibilidad para el desarrollo de la *eSalud*. Por ejemplo, ya debieran de existir sitios para recibir información certificada respecto a patologías, así como la posibilidad de participar en foros que cuenten con monitoreo profesional. Ambos servicios asincrónicos de ciberterapia pueden comenzar a cimentar la implementación futura de ciberterapias que a continuación puedan ser traspasadas más fácilmente a la población rural.

---

<sup>64</sup> Probablemente el 100% de la población urbana tenga acceso a internet al menos una vez al mes durante los próximos 10 años.

Al mismo tiempo, se debe recalcar que el mero hecho de la penetración de internet no es una condición directa del uso de intervenciones ciberterapéuticas de modo masivo. Por ejemplo, en la Unión Europea, los países con mayor acceso a internet son Holanda (86%), Suecia (84%), Dinamarca (82%), Luxemburgo (80%) y Alemania (75%), (EuroStat, 2008); y a pesar de ellos en países como Holanda las ciberterapia se encuentran aún en un nivel experimental y de incipiente comercialización; aunque es uno de los cinco países que más ha desarrollado el tema.

En síntesis y respecto a la condición de la penetración de internet como determinante del desarrollo de ciberterapias, se deben señalar al menos dos asuntos. Primero, el mero hecho de la penetración de internet no asegura la implementación de ciberterapias, aunque facilita su desarrollo y el acceso de usuarios al servicio. Segundo, la penetración de internet siempre será más lenta y escasa en la población rural; por lo que los posibles beneficios de las ciberterapias como alternativa de accesibilidad puede que no sea una ayuda para la población rural sino que una nueva condición de desigualdad. De todos modos, la disponibilidad o existencia del ciberespacio abre las puertas a nuevos ámbitos para desarrollar servicios en salud, en este caso al *eSalud*.

Ante este escenario, junto con asegurar el acceso a internet se deben habilitar infraestructuras para el acceso rural, como salas de tele-atención en los centro médicos rurales o en tele-centros. Asimismo, se deben comenzar a desarrollar servicios de atención mediante internet como sitios de información y de *e-consulting* (ciber-consulta mediante correo electrónico o foros). Es importante que a este respecto exista un apoyo constante y decidido por parte de las jefaturas y administraciones de modo que se pretenda y favorezca el traspaso de estas experiencias a las poblaciones que mantienen dificultades de acceso.

### **Grado de confianza y legitimización de internet como medio para recibir atención en salud mental**

Como se ha mencionado, el mero hecho de una amplia cobertura y acceso a internet no es la condición única para que las intervenciones en ciberterapias sean ampliamente utilizadas. Una segunda condición y que surge de las propuestas de García y Romero (2004), es el grado de confianza y legitimación de internet como medio para recibir atención en salud mental. Este punto exige elementos de investigación científica; formación y capacitación profesional;

difusión y educación de los resultados de la investigación; e incluso un trabajo de marketing y comercialización de productos.

Al respecto, es posible señalar que en cuanto a la investigación, durante los últimos años se han hecho bastantes avances. No sólo la cantidad de publicaciones respecto a las ciberterapias han aumentado sino que también el contenido que se aborda se ha hecho más diverso y profundo.

A lo largo de los cinco años de desarrollo de este trabajo de investigación se han realizado múltiples y constantes búsquedas bibliográficas, dichos ejercicios biblio-métricos permiten profundizar en cuanto a los avances que se han realizado en el marco de las ciberterapias. En el año 2007, se realizó una extensiva búsqueda de investigaciones publicadas que incluían los términos internet y psicoterapia (*psychotherapy*). En esa oportunidad se hallaron un total de 2.962 registros; los que correspondían a 2.586 de *PsycINFO*; 5 en CSIC; 1 en Teseo y 400 en *Dissertations & Theses* (Soto-Pérez, 2008).

En el año 2010, al realizar la misma búsqueda en *PsycINFO* se obtienen 4.128 resultados; es decir que en tan sólo 3 años las publicaciones aumentaron un 59%. Todo ello considerando que las publicaciones respecto al tema comienzan a aparecer en los índices bibliográficos científicos en el año 1995 (Soto-Pérez, 2008). Así, desde el punto de vista de la cantidad de la investigación, se están haciendo aportes sustanciales para difundir las ciberterapias, lo que puede resultar en mayor confianza y legitimación de estas nóveles intervenciones.

Junto con la cantidad de publicaciones, un elemento fundamental se refiere al contenido que se comienzan a abordar. Al inicio, las investigaciones sobre e-terapia iban orientadas a la evaluación de la satisfacción del terapeuta y el cliente con la nueva tecnología (Giles, 2001).

Sin embargo, en la actualidad ya han comenzado a desarrollarse estudios que evalúan la efectividad de esta herramienta comparada con listas de espera o con intervenciones tradicionales; así como análisis de sus costos. Es importante señalar que la determinación de los costos es una tarea de especial dificultad ya que se deben considerar costos directos e indirectos para realizar una adecuada toma de decisión en cuanto a la competitividad económica de una ciberterapia en comparación con el servicios tradicional (Myers y Cain, 2008).

En cuanto a los costes, Myer y Cain (2008); sostienen que se hace necesario establecer el coste total de una acción de salud. Es decir, determinar costes de traslado; interrupción del

trabajo; costes de mantención de infraestructuras; entre muchos otros costes que no suelen ser considerados como parte de las acciones de salud. Al respecto, si se consideran los costes de traslado y de mantención de las infraestructuras físicas en donde se realiza la atención tradicional (coste de construcción, limpieza y servicios); las ciberterapias resultan ser bastante más baratas que la atención tradicional.

Estudios profundos y polémicos respecto al tema del cuidado de personas con una enfermedad mental han determinado que el valor diario que un cuidador destina a los cuidados asciende a los 130€ diarios (Lauber, Keller, Eichenberger, y Rossler, 2005); las ciberterapias permitirían disminuir estos costes favoreciendo incluso que las familias de las personas con enfermedades mentales grave y prolongadas mejoren sus niveles socioeconómicos.

Asimismo, como se señala en el marco referencial; se han llevado a cabo algunas comparaciones mediante meta-análisis entre terapias online y cara a cara, las que han arrojado que ambas intervenciones son modalidades igualmente efectivas en algunas áreas (Barak et al., 2008; Hylar, Gangure, y Batchelder, 2005). Resultados similares ha reportado O'Reilly et al. (2007), quien además plantea que la atención mediante videoconferencia es, al menos, un 10% más barata que la tradicional. Por su parte, Urness, Wass, Gordon, Tian, y Bulger (2006), Skinner y Latchford (2006) y Barak et al. (2008), coinciden en la gran satisfacción que encuentran los clientes en la tele-psiquiatría. Finalmente, ya se comienzan a plantear hipótesis que sostiene que los efectos de las ciberterapias pueden estar mediados por características de personalidad y otras variables muy precisas (Andersson, 2009). Todos los anteriores son ejemplo respecto al conocimiento que ha ido desarrollando respecto a las ciberterapias y que apuntan a los beneficios que se alcanzan mediante su aplicación.

Se debe señalar que las investigaciones sobre ciberterapia es amplia en el uso de psico-tecnologías asincrónicas o mediadas por el texto (Chat), siendo mucho más escasa la bibliografía respecto al uso de videoconferencia (Barak et al., 2008). De este modo, la presente investigación es un aporte respecto al uso de la videoconferencia como vehículo de acciones de psicología en internet.

Así, al parecer desde el punto de vista de la investigación, se están dando los avances necesarios para brindar confianza y legitimidad a las ciberterapias. Las investigaciones cada vez son mayores y sus contenidos comienzan a aportar detalles fundamentales para conocer en profundidad los procesos de implementación, resultados y costes.

## **Las ciberterapias y las necesidades del entorno**

Un factor que puede determinar de gran manera la mantención de intervenciones mediante ciberterapias es el ajuste entre el producto y la necesidad a satisfacer. Al respecto, Myers y Cain (2008), señalan una serie de principios que permitirían establecer un servicio de tele-psiquiatría; entre estos principios recalcan la importancia de establecer y determinar en qué situaciones la tele-psiquiatría es una opción que satisfaga alguna necesidad. Al respecto es importante señalar que para que la ciber-atención sea sostenible en el tiempo es necesario que desarrolle una tarea necesaria y comparativamente tenga alguna ventaja con las posibilidades tradicionales.

Al respecto, las tecnologías han demostrado ser un medio único para traspasar información, de modo que el campo básico de actuación de las ciberterapias se enmarca en acciones psicoeducativas y de autoayuda. Nuevamente el modelo de atención por etapas (*Stepped care*), pareciera ser un formato de prestación de servicios en salud en donde las ciberterapias tienen un rol claro y distintivo. Específicamente, según la realidad actual de la cobertura de internet en la Provincia de Zamora; las ciberterapias en Enfermedades Mentales Graves y Prolongadas deberían ir en la dirección de la rehabilitación psicosocial y la atención sincrónica.

## **Formación y difusión**

Junto con lo anterior, un tercer elemento necesario para el que este tipo de intervenciones se legitime es la formación y divulgación entre las sociedad profesionales, los propios profesionales y la comunidad en general. Al parecer, este proceso es el que aún está pendiente y en donde más se deben promover desarrollos y avances. Un ejemplo de este asunto son las escasas publicaciones que existen en español; o la recepción que ha tenido la difusión de esta experiencia en algunos congresos (Soto-Pérez, de Vena Diez et al., 2010; Soto-Pérez, Monardes, y Franco-Martin, 2007).

De momento no se tiene conocimiento de cursos que formen a profesionales en ciberterapias y, al mismo tiempo, existen muy pocos contenidos de licenciatura que aborden las nuevas tecnologías como herramienta en psicología clínica. De momento, la inclusión de ciberterapias está presente en congresos y seminarios no llegando a inundar las aulas de los

futuros profesionales, como tampoco se han desarrollado cursos de especialidad que permitan certificar a especialistas.

Así, y siguiendo los diferentes puntos que se deben superar para lograr la incorporación de las ciberterapias en la práctica clínica, uno de los elementos que aún no se desarrolla es el de la formación profesional. A pesar de ello, ya en el año 1999 Oesterhel, Travers y Kofoed (1999) propusieron un currículum para la práctica de la tele-psiquiatría que puede orientar la formación de e-terapeutas. El programa de Oesterhel, Travers y Kofoed plantea cuatro unidades temáticas que a continuación se resumen en la Tabla 142.

**Tabla 142:** Unidades temáticas para una formación en tele-psiquiatría

- 
1. **Identificación de los componentes técnicos:** Esto incluye el hardware, software y la infraestructura
  2. **Descripción de las aplicaciones clínicas**
  3. **Comparación de los métodos a distancia y tradicionales:** Incluyendo costos y habilidades clínicas requeridas
  4. **Experiencia clínica:** Los autores sugieren el planteamiento de casos simulados en el que se identifiquen dificultades y posibles adaptaciones para desarrollar intervenciones efectivas
- 

Adaptado de Oesterheld, Travers, Kofoed, y Hacking (1999).

La propuesta de Oesterhel, Travers y Kofoed parece bastante adecuada para orientar el diseño formación en ciberterapia, al menos desde el punto de vista del contenido. Pero la experiencia a lo largo de esta investigación indica que el definir una serie de contenidos es sólo un primer paso en la formación en ciberterapias. Se debe destacar, que la experiencia de este grupo de investigación concluye que el proceso de formación requiere mucha persistencia ya que los profesionales de la psicología suelen ser particularmente resistente a incorporar este tipo de alternativas (Soto-Pérez, de Vena Diez et al., 2010). La formación en psicología se funda en el contacto interpersonal cara a cara junto a una serie de tradiciones como lo es la atención en despacho. Las ciberterapias rompen con todo esto por lo que se deben realizar acciones que faciliten la incorporación de este tipo de alternativas y herramientas como el uso del correo, foros o la videoconferencia.

Es en esta área en donde las investigaciones deben avanzar mucho más ya que la presente investigación es una de las pocas en donde el contexto institucional que rodea el estudio es un servicio de psiquiatría con todas sus particularidades; es decir un entorno natural.

Por ejemplo, al buscar en PsycINFO los términos – *internet – psychotherapy – implementation* –; se hallan 16 resultados y sólo uno de ellos (Derrig-Palumbo y Zeine, 2005) entrega detalles con cierta profundidad respecto al proceso de implementación de una

ciberterapia. Asimismo, otro de los artículos señala que una de las líneas importantes de investigación referida a la ciberterapia es justamente el proceso de implementación (Sorbi y Riper, 2009).

Así, para desarrollar confianza y legitimidad en las intervenciones ciberterapéuticas un marco de confianza y legitimidad, la tarea de los investigadores va avanzando con productividad y profundidad; no así la difusión e incorporación de estos resultados, como tampoco la formación de las nuevas generaciones en cuanto a las posibilidades de estas nuevas herramientas. Así, la incorporación y exigencia por parte de los usuarios puede verse dificultada. La historia de las intervenciones a distancia y la *eSalud* está plagada de experiencias pilotos y experimentaciones, pero carece de modelos que se hayan mantenido en el tiempo.

#### **Grado de accesibilidad y satisfacción con la atención tradicional**

El tercer punto que presenta la Tabla 102, se refiere al grado de accesibilidad y satisfacción con la atención tradicional. Es decir, la incorporación de las ciberterapias puede verse favorecida o entorpecida dependiendo del grado de acceso que tienen los usuarios a la intervención tradicional y la satisfacción que obtienen en ella. En este contexto serían las poblaciones más alejadas o con dificultades de acceso quienes se verían más dispuestas a incorporar intervenciones basadas en e-terapia. Al respecto, ya se ha mencionado que los países industrializados con población más dispersa y rural, como Canadá, Australia o Estados Unidos, son quienes han desarrollado mayormente intervenciones en telemedicina y ciberterapia.

Lamentablemente, las dificultades de acceso a la atención tradicional también se relacionan con problemas en la atención online. Las poblaciones rurales con malas conexiones terrestres suelen sufrir también de malas o ausencia de conexiones a internet. Inclusive, por su reducido tamaño, la población rural no es un objetivo comercial importante para las empresas de telecomunicaciones. Así, las dificultades de acceso también dificultan la implementación de alternativas de atención online.

Siguiendo este punto, la satisfacción con la atención tradicional también puede favorecer la incorporación de la atención mediante ciberterapia. Específicamente, cuando los usuarios no se encuentran satisfechos con la atención tradicional. Por ejemplo, personas que no desean



que la confidencialidad de sus padecimientos pueda ser develada al ser vistos en un despacho psiquiátrico; o clientes que no puedan ajustar sus horarios a las alternativas que brinda la atención tradicional podrían interesarse por una alternativa online.

Es en este punto en donde se producen los desafíos para la atención online: el generar una serie de servicios y propuestas que pueda ajustarse a las necesidades de las personas. Esta mayor flexibilidad y ajuste a cada una de las necesidades puede ser un elemento diferencial con los tratamientos tradicionales. Por ejemplo, la atención asincrónica (Uso de mail o foro), puede generar interés en usuarios con poco tiempo disponible o el uso de videoconferencia puede aplacar las preocupaciones de personas que temen sufrir estigmatización.

En cuanto a la satisfacción con las ciberterapias; las investigaciones apuntan a un alto grado de satisfacción con este tipo de tratamientos (Berger, Wagner, y Baker, 2005; B. Klein et al., 2010; MacGregor, Hayward, Peck, y Wilkes, 2009); al igual que los resultados de este estudio. Los problemas con la satisfacción van por el bajo grado de satisfacción que se produce por parte de los profesionales, siendo esto un área en la que se hace necesaria mayor investigación.

### **Características diferenciales del servicio online comparado con el tradicional**

El anterior apartado ya aborda el punto cuarto y final que se refiere a las condiciones que deberían satisfacerse para una exitosa incorporación de atenciones online (Tabla 102). Este cuarto punto se refiere a las características diferenciales del servicio online al ser comparado con el tradicional. En algunos aspectos y para algunos usuarios el servicio debería ser idéntico, salvando las características de la tele atención. Es decir, hay usuarios que prefieren que el tratamiento sea igual al tradicional, como en una videoconferencia, en donde la diferencia es que la relación se produce mediada por comunicación electrónica y a distancia.

Otros usuarios, se verán entusiasmados por el uso del correo electrónico; o por la posibilidad de revisar material bibliográfico de autoayuda o psicoeducativo. Inclusive y a futuro, puede que haya usuarios que deseen recibir apoyo mediante mensajes de textos o refuerzos en su página web personal o en redes sociales. Más aún, es posible que otro tipo de tratamientos, como puede ser la rehabilitación cognitiva o la des-sensibilización mediante el uso de realidad virtual puedan ser incorporadas como herramientas de la ciberterapia.

Todo lo anterior apunta a que existe un gran potencial de desarrollo de servicios ciberterapéuticos que debe ser abordado para proveer ventajas comparativas ante la atención tradicional y que se vaya ajustando a las posibilidades que brindan usuarios que cada vez más se desarrollan y viven en un contexto tecnológico.

Una de las posibilidades de servicio que permiten ampliar y potenciar las ciberterapias son los tratamientos escalonados o “*stepped care*”. Este modelo de afrontamiento de los problemas de salud sostiene que no todas las personas requieren ni la misma frecuencia, ni profundidad en las atenciones; por lo que se proponen diferentes etapas y complejidades de tratamientos las que permitirían un mejor uso de los recursos (Haaga, 2000). Los tratamientos escalonados en salud mental incorporan fuertemente alternativas comunitarias y de autoayuda (Bower y Gilbody, 2005); de modo que las ciberterapias puede ser un medio ideal para favorecer estas formas de tratamientos. Por ejemplo, un sistema de atención escalonado que incorpora ciberterapias puede disponer de una página web de información que permita realizar valoraciones que orienten al usuario; que provea información respecto a las necesidades del usuario y que inclusive facilite el acceso a un servicio más especializado. (Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010); un ejemplo de esto se observa en los siguientes párrafos:

*Imaginemos un pequeño pueblo alejado y desconectado de cualquier centro urbano de importancia. Una mujer de edad avanzada le plantea a su marido que le parece necesario que se realice una revisión de memoria ya que hace meses le nota algo desorientado. Ingresan a la web de su servicio de salud y, luego de plantear el problema que les preocupa y responder a una serie de preguntas, se les orienta respecto a los procedimientos que deben realizar. Dentro de las tareas, la web les sugiere realizar un test online de memoria. El hombre realiza la evaluación; inmediatamente la web le aconseja solicitar cita con su médico de cabecera; al mismo tiempo se les entrega información respecto de los resultados y de la conducta que debe seguir, así como las posibles causas del problema (Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010, p. 115).*

*A los tres días de aquella ciber-consulta, la pareja de ancianos viaja más de una hora a la cita. El médico los recibe y les comenta que ha analizado los resultados del test online y que le parece recomendable realizar una nueva valoración cara a cara. El nuevo examen confirma la necesidad de una evaluación neurológica; como sabe que vienen desde lejos les indica que la neuróloga les*

espera ya que la misma web ha realizado una reserva (Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010, p. 115).

*En la consulta de neurología, y luego de una valoración más exhaustiva, se les señala que el hombre posiblemente curse un deterioro cognitivo leve y que es recomendable que realice una serie de ejercicios semanales y se mantenga en seguimiento. Para ello les dan dos alternativas: puede utilizar la web del servicio de salud; o viajar una hora tres veces por semana hasta el centro de referencia que le corresponde. Se le informa que si utiliza la web, la misma plataforma online detecta cualquier cambio en su rendimiento y automáticamente se le indicará que hacer; al mismo tiempo les informan que el neuropsicólogo revisa periódicamente los resultados de los ejercicios y que la siguiente cita puede realizarse por videoconferencia. Así también, en la misma web pueden encontrar información y plantear preguntas respecto a lo que significa el deterioro cognitivo leve; participar en foros y charlas de personas que tienen el mismo problema e inclusive enviarle un mail al neuropsicólogo por si tienen alguna consulta (Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010, p. 115).*

*...Pasados los años, el deterioro del anciano ha evolucionado a una franca demencia tipo Alzheimer. Para favorecer su mantención en un entorno conocido y manejable que permita retardar su institucionalización; su casa ha sido equipada con un ambiente asistido para que pueda mantenerse viviendo en un entorno comunitario. Cuenta con sensores de caídas, puertas, humo y de control de electrodomésticos; dispone de múltiples pantallas táctiles que le orientan respecto a actividades básicas de la vida como el aseo, alimentación; así como le entregan información, noticias y recuerdos. Asimismo, la luminosidad de la casa se encuentra controlada, lo que le facilita el orientarse respecto al día y la noche. Realiza ejercicios físicos, cognitivos y de musicoterapia semi-automatizados que ralentizan el avance de la enfermedad y le tranquilizan; estos son monitorizados a distancia por equipo de especialistas. Utiliza una bicicleta estática y un ordenador con pantalla táctil que se conecta con el centro de atención al Alzheimer. Recibe orientación diaria sobre las actividades que debe realizar mediante sesiones de videoconferencia. Tanto su esposa como sus hijos reciben apoyo psicoeducativo así como la posibilidad de enterarse sobre cómo se encuentra el anciano cuando se encuentran distanciados; la videoconferencia también le permite mantenerse*

*en contacto con sus familiares y realizar tratamiento de reminiscencia. Cuando sale a la calle su reloj cuenta con GPS de modo que no tiene riesgo de perderse (Soto-Pérez, Franco-Martín, y Jiménez, 2010, pp. 126-127).*

Los anteriores párrafos reflejan las posibilidades que se podrían desarrollar mediante la incorporación de ciberterapias en el tratamiento escalonado. Inclusive existen propuestas específicas para el tratamiento del trauma y del síndrome de estrés post-traumático (Finn y Bruce, 2008). Así, un tratamiento escalonado que utiliza ciberterapia puede incorporar los elementos señalado en la Tabla 143.

**Tabla 143:** Las ciberterapias en un modelo de tratamiento escalonado

- 
1. Página web de entrada y *triage*
  2. Auto-ayuda, biblio-terapia y psicoeducación
  3. Atención asincrónica
  4. Atención sincrónica mediante chat
  5. Atención sincrónica por voz
  6. Videoconferencia
  7. Tratamientos específicos de rehabilitación mediante múltiple tecnologías
  8. Clínicas online que cuentan con tratamientos complejos e integrales utilizando la mayor parte de los recursos psico-tecnológicos existentes
- 

### ***Posibles infraestructuras para el soporte de ciberterapias***

Existen múltiples opciones de infraestructuras que pueden permitir el desarrollo de ciberterapias. En la actualidad es posible utilizar programas libres y sin costes que permiten comunicarse a distancia con cierta calidad; asimismo es posible alquilar despachos virtuales a cargo de empresas especializadas en brindar servicio de ciberterapias (Finn y Bruce, 2008). A continuación se desarrollará una reflexión respecto a estas posibilidades.

**Infraestructuras personales:** La ciberterapia en la actualidad puede desarrollarse sin mayor infraestructura específica. Por ejemplo, es posible que un terapeuta publique una página web o un aviso en una red social ofreciendo el servicio de atención a distancia. Para lograr ello, en cuanto a elementos tecnológicos, sólo debiese contar con un ordenador, una conexión a internet y los diferentes accesorios que permitan desarrollar los servicios que

pretende entregar (Por ejemplo, una cámara web si pretende desarrollar videoconferencia). Asimismo, el ciberterapeuta requiere contar con conocimientos intermedios respecto a informática.

Así, sin mayores recursos sería posible brindar atención a distancia. Por ejemplo, utilizando un mail y un programa como *Skype*® o *Messenger*®. Al desarrollarse una ciberterapia en este marco personal, el desempeño de la psico-tecnología y la calidad de la infraestructura dependen directamente de la capacidad y conocimiento del terapeuta. Así por ejemplo, un ciberterapeuta con conocimientos sobre el diseño de página web podría mantener un servicio de alta calidad, asunto que se hace muy difícil para quien carezca de este tipo de conocimientos.

La mayor ventaja de desarrollar ciberterapia utilizando medios propios y de libre acceso es el bajo coste que se requiere en cuanto a psico-tecnologías. Dentro de las desventajas se encuentra la necesidad de un nivel de conocimientos respecto a psico-tecnologías; las posibles brechas en la confidencialidad y la poca especificación de los medios utilizados.

**Sitios web de información y referencia:** Un sub grupo específico de infraestructura para desarrollar ciberterapias se refieren a las web de orientación y referencia. Estas web tienen el objetivo de brindar información para orientar a modo de guía cognitiva, así como para publicitar recursos y dispositivos. Así, una persona que desea recibir biblio-terapia o información puede acceder a páginas que no realizan retroalimentación o donde la interacción es mínima. Del mismo modo, este tipo de webs son útiles para buscar servicios (directorios), por ejemplo un ciberterapeuta o un centro específico de salud.

En cuanto a la complejidad, estas webs fundamentalmente requieren diseño, aunque algunas pueden contener elementos más complejos como buscadores e índices. Por ejemplo, para buscar un ciberterapeuta con ciertas características. Así, el desarrollo de sitios webs de información y referencia son infraestructuras para el desarrollo de ciberterapia que en general requieren poca exigencia tecnológica, siendo necesario el contar con una dirección de internet y un servidor.

La mayor ventaja de esta webs es que requieren un mínimo de recursos, siendo la principal desventaja que requieren mantención y actualización, así como que se deben desarrollar servicios que sustenten y justifiquen la mantención de una web de información y referencia. Es

decir, este tipo de web tienden a asociarse con infraestructuras que disponen de mayores recursos, ya sean tradicionales u online.

**Infraestructuras para atención en crisis:** Se refieren a un tipo específico de webs que se orientan a la atención en crisis así como las llamadas líneas rojas para la atención de tentativas suicidas. Estas web están orientadas a abrir la puerta desde el contacto de forma anónima para así facilitar modos de contacto con mayor grado de involucración. Por ejemplo, comenzar con un chat, para pasar al teléfono y promover la solicitud de ayuda cara a cara. Un ejemplo de este tipo de web es el desarrollo *SAHAR* (Barak, 2007), así como pueden existir modelos para la prevención de recaídas en el consumo de tóxico o en anorexia.

La mayor ventaja de este tipo de web sería el promover el contacto de personas que prefieren mantener su identidad en anonimato, siendo la mayor desventaja la alta especificidad de sus modelos de atención y el requerimiento de una estrecha coordinación con una amplia red de dispositivos.

**Infraestructuras de investigación:** Debido a que las ciberterapias suelen desarrollarse en el marco de la investigación, es habitual que universidades y centros de investigación dispongan de infraestructuras para sustentar este tipo de tratamientos. Estas infraestructuras se caracterizan por su variedad debido a que están determinadas por el tipo de línea de investigación en las que se desarrollan, variando en el tipo de psico-tecnología que utilizan y los cuadros o problemas a los que apuntan.

Las ventajas de estas web son las mismas que las que tienen los centros de investigación tradicionales, es decir, que son altamente eficaces y recomendables en aquellas áreas en donde desarrollan investigación. La desventaja es que suelen estar desconectadas con los sistemas de salud públicos, así también su mantención y continuidad depende de la prolongación que tengan las líneas de investigación.

**Infraestructuras de compañías privadas:** Se refieren a desarrollos comerciales de compañías que pueden ser denominadas arquitectónicas ya que entregan despachos y psico-tecnologías para desarrollar tratamientos; así también pueden existir sitios de asociaciones o

de grupos de ayuda mutua que contengan estos servicios. De este modo, los modelos de ciberterapias se van desarrollando hacia el modelo de compañías privadas de servicios en *eSalud*.

Su mayor ventaja es la calidad de las psico-tecnologías utilizadas debido a su enfoque comercial; la mayor desventaja es el coste que se debe asumir para utilizarlas aunque este suele ser comparativamente menor a la atención tradicional.

### ***El problema de la sostenibilidad***

Un asunto que no ha sido abordado desde la investigación empírica en el presente estudio pero que es fundamental en el desarrollo de aplicaciones de tele-salud o intervenciones a distancia es el tema de la sostenibilidad. Suele suceder que las aplicaciones en tele-salud sólo lleguen a la fase de proyecto, pilotaje o experiencia; y que no lleguen a consolidarse como una nueva forma de acceso habitual o utilizada en los cuidados habituales. Así, en este apartado más que hablar específicamente de ciberterapia se reflexionará sobre la tele-salud en general.

Uno de los elementos básicos que pueden facilitar la sostenibilidad de una plataforma de tele-salud es que supere la prueba de calidad. La calidad, en este caso tendría tres elementos: la eficacia, la eficiencia y la satisfacción. Con respecto a la eficacia, una plataforma de tele-salud debe servir, ser útil y lograr resultados esperados y competitivos en comparación con la atención tradicional o, al menos, con el tipo de atención que se realiza considerando las dificultades de acceso presentes.

En cuanto a la eficiencia, una herramienta de tele-salud debe mantener una buena relación costo eficiencia. Por ejemplo, no es posible justificar una intervención mediante tele-salud si esta es más cara que implementar un sistema adecuado de transporte. El gran problema para determinar la eficiencia de una herramienta de tele-salud es cómo determinar sus costes y beneficios. Por ejemplo, en nuestro estudio se ha observado una mayor utilización de tiempo del terapeuta pero un menor coste para el usuario; por lo tanto, no sería correcto limitar el análisis al dato del terapeuta, sino que se debiese determinar si el tiempo y gasto que se ahorra el usuario para acercarse a una conclusión. Del mismo modo, el presente estudio se refiere a un proceso primario de implementación, un pilotaje; en este contexto es bastante probable que la demanda del terapeuta se vaya reduciendo a medida que se logra mayor experticia en el uso de la herramienta.

Profundizando respecto a la eficiencia y el coste de las ciberterapias, existe un desafío mayor al momento de determinar tarifas para determinados servicios de ciberterapia, siendo el mayor de ellos el coste por el intercambio de correos electrónicos. Existe una gran variabilidad respecto al coste de intercambio de correos electrónicos en ciberterapia; por ejemplo Finn y Bruce (2008), señalan que existe una variabilidad que va desde cinco a 100 dólares por correo. Esta variabilidad puede estar determinada porque el intercambio de mail puede variar tanto en su extensión, frecuencia de uso y contenido.

En cuanto a la extensión puede haber correos de no más de un folio, hasta aquellos que se extienden eternamente; puede haber usuarios que envíen un correo a la semana hasta aquellos que envían más de uno diariamente. Finalmente, es muy distinto un correo que verse sobre un problema vocacional a responder uno que se refiera a una temática depresiva severa.

Volviendo a los problemas para determinar la eficiencia de una intervención a distancia, uno de ellos es la determinación de los beneficios. Por ejemplo, en el presente estudio se han detectados efectos en algunos componentes de la salud general, esto se relaciona con algunas publicaciones que señalan que la disponibilidad de una herramienta online genera beneficios más allá del asunto particular al que apunta. De este modo, este comportamiento de las acciones a distancia que favorecen una sensación de seguridad, de apoyo, de info alfabetización; entre muchas otras. Toda esta gama de efectos pueden dificultar la determinación exacta de sus beneficios y, por lo tanto, hacer una estimación de eficiencia inexacta.

En el futuro mercado de las ciberterapias pueden ocurrir problemas que son habituales en el uso de tecnologías de la comunicación e información. Por ejemplo, una web comercial de ciberterapia que alquila despachos virtuales puede verse amenazada por la posible fuga de clientes que puedan ser orientados por los propios terapeutas para recibir atención “*fuera de la web*”. Por ejemplo, un terapeuta puede darle su dirección personal de correo, o su *nickname* en *skype* o *messenger* haciendo migrar al cliente fuera de la web comercial con la consecuente disminución de usuarios. Asimismo, existen web comerciales de ciberterapias que solicitan la entrega de una tarjeta de crédito de modo de ir pagando las sesiones de videoconferencia automáticamente según pasan los minutos; ante esta situación se han reportado casos en que los usuarios entregan una tarjeta de crédito con escaso cupo, de modo que solo pagan una porción de la videoconferencia a pesar de recibir un servicio mucho más extenso y oneroso (Finn y Bruce, 2008).



De este modo, una web comercial de ciberterapias debe velar porque las interacciones que se desarrollan en su entorno sean confidenciales, pero los terapeutas pueden intentar aumentar las vías de intercambio, incluso llevándolas fuera de la web. Esta tensión entre los intereses de uno y otro debe llevar a una negociación en donde la web comercial debe entregar un servicio completo, complejo y de calidad que incluya múltiples psico-tecnologías y con desarrollos que se vayan adaptando a las necesidades de los ciberterapeuta. Este proceso debería desarrollar e-mail con herramientas que faciliten el trabajo ciberterapéutico. Por ejemplo, que entreguen alarma respecto a contenidos que apunten a cierta emergencia; foros que sean fácilmente analizables y moderados; y alternativas de comunicación sincrónica, herramientas de apoyo, e incluso servicios para el diseño de material psicoeducativo.

Finalmente, en cuanto a la calidad, una plataforma para ser sostenible debe generar satisfacción en sus usuarios, paciente, cuidadores, profesionales. Al menos, y respecto a este punto, los resultados de este estudio son bastante favorables, concordando con otras investigaciones (Gega, Norman, y Marks, 2007; B. Klein et al., 2010; MacGregor et al., 2009).

Volviendo a la sostenibilidad hay algunos autores que proponen algunos principios que pueden ser útiles de seguir, si bien son aplicados a la tele-psiquiatría, su traspaso a la ciberterapia nos parece muy adecuado (Myers y Cain, 2008). Uno de ellos es que la ciberterapia debe tener claramente definido un rol en la satisfacción de una necesidad en la que comparativamente tenga ventajas así como un perfil de cliente objetivo claramente definido; otro es la necesidad de disponer de diferentes oportunidades de financiación (Proyectos, becas, atención concertada con financiación pública; pago particular). Al respecto, es importante señalar que el modo de financiamiento de la tele-salud depende del modelo de financiación sanitario en cada país; así como del reconocimiento de las diferentes actividades de tele-salud como prestaciones de salud.

A modo de reflexión, es muy posible que en unos 15 años más los tratamientos en salud comiencen con un portal web en donde se rellene un cuestionario que permita orientar las primeras acciones y necesidades de los pacientes. Este portal determinará el camino que debe seguir cada una de las consultas que planteen sus usuarios. Por ejemplo, si se determina que la consulta se refiere a un trastorno adaptativo, es posible que la primera línea de intervención sean acciones de autoayuda como la biblio-terapia, la que podría incluir el intercambio de correos electrónicos con terapeutas o la participación en foros de auto-apoyo. Ahora, si el portal web de salud, determina que la situación amerita una consulta a cara a cara, es posible que para adelantar trabajo re-dirija al usuario a una página de evaluaciones y relleno de datos,

de modo que al momento de la consulta el profesional cuente con mayor cantidad de información. Y el trabajo sea más fácil y expedito.

Hacia futuro, no extrañará el contar con tratamientos basados en las tecnologías actualmente denominadas redes sociales, en donde el uso del móvil y los mensajes de texto sean el medio más frecuente en que se relacionen un terapeuta y su cliente. Por ejemplo, no sería extraño que quienes hayan compartido un ingreso psiquiátrico, así como en la actualidad suelen intercambiarse números telefónicos, en el futuro próximo intercambien páginas personales (como lo puede ser *facebook*® o *twenty*®) o direcciones de correo o *twitter*®; también puede volverse habitual que se refuerce la adherencia a los tratamientos mediante el envío de *sms*; o que se refuerce una desensibilización mediante una video llamada al móvil. Todo ello posibilitará brindar un apoyo e intercambio social en ciber-entornos que potenciarán y obligarán la incorporación de internet en el trabajo en salud mental. Por ejemplo, el componente emocional de una psicoeducación podría ser reforzado mediante el envío de un corto documental que pueda ser visualizado en un *Smartphone* (o teléfono inteligente).

### ***Discusión sobre la instalación de la tecnología en los domicilios***

Una vez confirmada la factibilidad técnica una de las últimas fases y que a la vez marcaba el comienzo de la intervención online era la visita a los domicilios y la instalación del equipamiento. Los objetivos que se planteaban en esta visita eran el conocimiento mutuo; la verificación del real desempeño de la red en el domicilio y lugar exacto de conexión; inscripción en la plataforma; y sesión de entrenamiento.

Una primera dificultad se refiere al navegador que utilizaban habitualmente las personas que disponían de ordenador. En este caso, los miembros del equipo tecnológico decidieron desarrollar la plataforma para el navegador Mozilla Firefox®, pero la gran mayoría de los usuarios utiliza el navegador *Internet Explorer*® (NetMarketShare, 2010). Estos datos indican que quizás desde un punto de vista tecnológico la elección de *Firefox* puede ser acertada (más aún cuando la versión de *Internet Explorer 8* aún no estaba disponible). Pero desde el punto de vista de la accesibilidad, la elección y sobre todo sus consecuencias, hacen desaconsejable la elección de un navegador que sólo utiliza un cuarto de los usuarios (habitualmente los usuarios de *Firefox* son más avezados en el manejo informático que los usuarios de *Explorer*).

El anterior incidente ejemplifica una característica esencial del desarrollo y diseño de ciberterapias: las decisiones deben tomarse barajando y balanceando elementos tecnológicos; usabilidad; y determinantes terapéuticos. En este caso, la decisión del uso de *Firefox* se tomó solamente considerando elementos técnicos, dejando de lado un criterio fundamental de accesibilidad.

Al mismo tiempo, es importante advertir a futuras aplicaciones de ciberterapia que al menos en el contexto de Zamora, el 100% de los usuarios carecía de algunos accesorios fundamentales para aprovechar la ciberterapia: cámara web, auricular y micrófono. Este resultado apunta a que aún existe una brecha tecnológica para que la población general y más aún la rural puedan acceder a ciberterapias.

Del mismo modo, 67% de los participantes (cuatro familias) carecían de un lugar especial para desarrollar la ciberterapia. Usualmente, en la población con instrucción superior o universitaria se suele contar con un espacio en el hogar para el trabajo o estudio; pero entre los participantes de este estudio la mayor parte de las familias instalaban el ordenador en una habitación o en el salón de casa. Este detalle se relaciona con la privacidad con que se podrían desarrollar las sesiones o el grado de impacto y presencia que puede tener la implementación de ciberterapias en los domicilios.

Asimismo, la necesidad de instalar programas específicos como el *Adobe flash player*<sup>®</sup>, genera una tercera dificultad de acceso a la plataforma que surge desde sus características tecnológicas. Más aún, este programa requiere una pequeña configuración que usuarios poco avezados no pudieron realizar sin ayuda del ciberterapeuta.

Los resultados anteriores, así como la determinación de visitas domiciliarias indican que el 85.7% de los usuarios posibles de *psicoED* requerirán una visita domiciliaria o al menos una intensa guía telefónica, así como material impreso para acceder a *psicoED*. Estos resultados apuntan a las dificultades que se encuentran sobre todo al inicio del desarrollo de intervenciones ciberterapéuticas y que justifican de momento la inclusión de las visitas domiciliarias como parte del protocolo de tratamiento.

Ahora, justificadas las visitas fundamentalmente por una necesidad técnica, es necesario reflexionar respecto a la duración y el protocolo que se debe seguir en estas visitas. Al respecto, algunos autores señalan que el terapeuta debe centrarse absolutamente en la tarea, evitando el recibir alimentos o cualquier agasajo que pueda desviar al profesional de la tarea psicoterapéutica (Kuipers et al., 2004).

En este caso, estos argumentos surgen desde una cultura anglosajona que pareciera no ser útil en un contexto latino, en donde la instancia de compartir un alimento, un refresco o el entregar un regalo; puede relacionarse con elementos de vínculo y aceptación de la intervención. Es decir, desde el punto de vista de este estudio, no se debe promover un rechazo a los deseos de las familias de comportarse como un buen anfitrión ni tampoco a los deseos de expresar agradecimiento; más aún cuando el propio aislamiento de las familias genera gratitud por la visita de los profesionales. Desde este punto de vista, las vivistas no sólo tienen una justificación técnica, sino que forman parte de las acciones psicoeducativas y ciberterapéuticas (Joinson, 2003; Kuipers et al., 2004; Maheu, 2003). Es decir, tanto la psicoeducación como las ciberterapias recomiendan al menos un contacto cara a cara.

Otro resultado que llama la atención es la gran cantidad de cambios de domicilios que se produjo en el grupo online. El 42,9% de los usuarios realizó un cambio de domicilio a lo largo de la intervención lo que produjo un abandono debido a imposibilidad técnica. Este resultado puede orientar respecto al perfil de usuarios que puede beneficiarse de la intervención online: personas con alta movilidad geográfica. Es decir, acciones como *psicoED* pueden igualmente sobrellevar a personas que suelen cambiar su lugar de residencia<sup>65</sup>.

Otro elemento interesante es el perfil de usuarios que utilizaron *psicoED* de acuerdo a su nivel de manejo informático. Los resultados indican que el 30% de la muestra nunca en su vida había tenido contacto con un ordenador e internet. A pesar de ello, los resultados de efectividad que se presentan más adelante indican que igualmente se vieron beneficiados por el tratamiento.

Este resultado lleva a una apreciación. Las personas que no tienen un nivel básico de info-alfabetización igualmente pueden beneficiarse de una ciberterapia. El estilo de uso de un tratamiento online por parte de usuarios poco avezados suele centrarse en la videoconferencia o las aplicaciones que pueden ser activadas a distancia por el terapeuta (Por ejemplo la visualización de videos o presentaciones automatizadas). Es decir, personas poco informatizadas traspasan el modelo tradicional de atención mediado, esta vez, por una videoconferencia.

---

<sup>65</sup> Un problema de la tele-atención interprovincial, inter-comunidad o internacional es la descoordinación entre la atención online y la posibilidad de apoyo tradicional. Por ejemplo cuando la atención tradicional y online se desarrollan en países diferentes.

A diferencia del usuario poco informatizado, las familias que tenían un buen nivel de manejo de ordenadores e internet, es decir que manejaban correo electrónico; se beneficiaban de elementos específicos de la ciberterapia. Este tipo de usuario realizaba un aprovechamiento independiente y autónomo de la plataforma; revisaban material a su propio ritmo o utilizaban la atención offline. Es decir, los usuarios con conocimientos informáticos reciben un tratamiento ciberterapéutico propiamente tal con elementos sincrónicos (videoconferencia) como asincrónicos.

Este tipo de aprovechamiento de la plataforma según el manejo de la informática llevaba a que el terapeuta tenía mucho menos control y conocimiento respecto al aprovechamiento de la plataforma por parte de los usuarios avezados. Por ejemplo, en ocasiones se le sugería revisar una guía, y los usuarios avezados solían comentar que ya lo habían hecho. Así, en este caso, los usuarios avezados se benefician de una relación mucho más simétrica con menor dirección por parte del terapeuta.

Finalmente, y a modo de aporte fundamental de esta investigación. Este estudio fue desarrollado con participantes que no contaban con ordenador ni con manejo informático, elemento que lo diferencia de la gran mayoría de los estudios publicados respecto a las ciberterapias (Andersson, 2009).

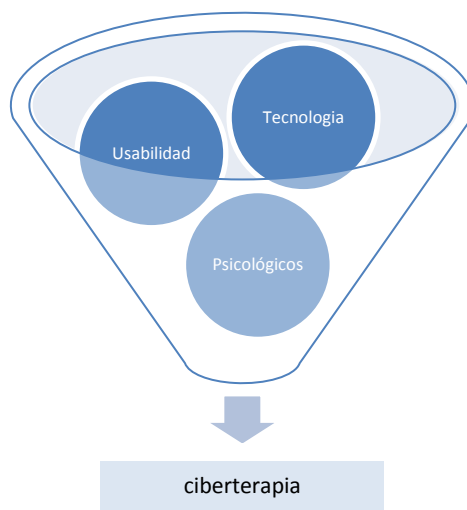
### ***Desarrollo de la intervención***

Como se ha señalado en apartados anteriores uno de los mayores impactos en el trabajo psicoterapéutico mediante ciberterapias es la incorporación de la tecnología; este impacto puede llevar a eclipsar otros aspectos fundamentales. Estos aspectos se refieren al delicado y flexible equilibrio que se debe lograr entre los elementos tecnológicos e informáticos; aspectos de usabilidad; y aspectos psicológicos o psicoterapéuticos (Figura 109). De hecho, a lo largo de esta experiencia el elemento tecnológico fue, junto a la usabilidad, mucha más determinante que los aspectos psicológicos de la intervención.

La Figura 107 intenta señalar que los resultados de una ciberterapia se refieren justamente a la delicada mezcla entre la tecnología, usabilidad y psicología. Al hablar de tecnología se hace referencia a aspectos técnicos de la red de internet; hardware y accesorios; y el diseño web y las llamadas psico-tecnologías que se utilizan.

Al hacer referencia a la usabilidad se quiere recalcar. Hacer referencia a la facilidad de uso de una página web la que estaría compuesta por atributos objetivos (facilidad de aprendizaje, memorización, rapidez, entre otros), y subjetivos (satisfacción y atractivo, entre otros); en la usabilidad puede ser entendida como el grado de eficacia, eficiencia y satisfacción con la que usuarios específicos pueden lograr objetivos específicos, en contextos de uso específicos (Hassan, 2006; Wikipedia, 2010b). Finalmente con elementos psicológicos se quiere señalar a aquellos elementos de la relación y las técnicas psicoterapéuticas que se desarrollan en el marco de una ciberterapia.

**Figura 107:** Elementos que se deben considerar y equilibrar al momento de desarrollar una intervención ciberterapéutica



De acuerdo a la experiencia en *psicoED*, los problemas que pueden generar la incorrecta relación entre estos tres aspectos pueden traducirse en retrasos de meses y, peor aún, podrían traducirse en un mal funcionamiento del proceso terapéutico. Este tipo de problemas, los que van obstaculizando un proceso terapéutico ya iniciado son más complejos y generan mayores dificultades ya que impactan sobre un tratamiento, una persona y hasta en un grupo familiar que han establecido una relación y puesto sus esperanzas en una relación terapéutica. Es por ello, que desde un inicio se debe dedicar tiempo y paciencia en realizar pruebas; pequeños pilotajes y detección de fallos.

Lamentablemente, todas estas exigencias hacen que de momento alternativas ciberterapéuticas no puedan ser incorporadas en la rutina de cuidados en salud mental. Es decir, plataformas complejas con múltiples, elementos particulares de contacto como el mail, chat, videoconferencias, foros y bibliotecas web, no están aún en condiciones de ser aplicadas

de manera masiva debido a problemas de infraestructura web, formación (tanto de profesionales y clientes), así como de resistencias organizacionales y culturales. No ocurre lo mismo con la inclusión de algunas psico-tecnologías como el uso del mail o el portal web como medio de difusión y hasta educación; estas alternativas ya debiesen de estar disponibles.

La complejidad de las ciberterapias señaladas en la Figura 109, lleva a la incorporación de nuevas especialidades en el desarrollo de tratamientos en salud mental. Para desarrollar ciberterapias es necesario el contar con profesionales del área de la tecnología, diseño y psicología. Así, es necesario disponer de un monitor tecnológico que solucione problemas propios de la web. Por ejemplo, cuando se publica una nueva actualización de un navegador que genera dificultades en el acceso a la web se pueden requerir ajustes tecnológicos. Asimismo y sobretodo en la fase de diseño, es necesaria la participación de un diseñador web con especialización en usabilidad, que sea capaz de hacer simple y satisfactoria la navegación por la web de ciberterapia. Al respecto, se debe hacer un fuerte énfasis en la poca información que se dispone respecto a los requerimientos de usabilidad en personas con enfermedad mental grave y prolongada, así como en personas poco alfabetizadas o info-alfabetizada.

Es necesario también contar con un psicólogo con experiencia clínica pero a la vez con competencias en tecnología y usabilidad. Es decir, las ciberterapias requieren experticias fundamentales que de momento llevan a que un ciberterapeuta deba ser capaz de comprender muchos de los entresijos tecnológicos en los que se moverá, incluyendo la capacidad para orientar a sus usuarios en el buen uso y la orientación frente a dificultades en el manejo de una plataforma de asistencia online.

Por otro lado, algunos autores señalan que existen tres situaciones generales que deben cautelar las intervenciones ciber-terapéuticas: la simulación; las actuaciones en situaciones de emergencias; y la reacción ante situaciones que requieren un contacto cara a cara con rapidez (Finn y Bruce, 2008). Antes estas sugerencias de Finn y Bruce, se hace necesario realizar una reflexión respecto al nivel de complejidad que se le desea otorgar a una ciberterapia. Por ejemplo, si no se cuenta con herramientas para detectar simulaciones<sup>66</sup>, o no se cuenta con alternativas de actuación ante emergencias; quizás es más recomendable realizar un modelo de trabajo ciberterapéutico que no se vea expuesto a este tipo de amenazas. Así, psicoED en un inicio realizó un trabajo con usuarios "*cautivos y conocidos*" es decir, con personas que

---

<sup>66</sup> Las simulaciones en este caso hace referencia a la suplantación o falsación de identidad, la simulación de cuadros o la falsación de la edad, entre otras.

recibían atención psiquiátrica de forma tradicional y que todas sus necesidades de atención de urgencia eran cubiertas del modo habitual del servicio de salud correspondiente. Esta decisión puede aminorar las posibles amenazas que pueden enfrentar desarrollos nóveles de ciberterapia.

### ***Características del ciberterapeuta***

Siguiendo con las características del ciberterapeuta, el desarrollo de la experiencia *psicoED* exigió al ciberterapeuta muchas competencias las que se resumen en la Tabla 142. Un primer elemento señalado es el profundo conocimiento que debe tener un ciberterapeuta del tratamiento que va a desarrollar; este es el paso fundamental y quizás en donde todo terapeuta pueda cumplir con el requisito. Este criterio se hace necesario ya que las exigencias de desarrollar un trabajo en un nuevo entorno exigirán la experticia a un máximo nivel, por lo que profesionales como poca preparación y poco conocimiento probablemente no logren aprovechar una nueva alternativa de tratamiento como *psicoED*.

En segundo lugar la Tabla 144 menciona las habilidades y conocimiento informático, elementos que se han mencionado y justificado anteriormente. En el modelo *psicoED*, fue el mismo ciberterapeuta quién se hizo cargo de las dudas y problemas tecnológicos de los usuarios, así como de la configuración de ordenadores como de las pruebas de fallo de la plataforma. Asimismo, una de las primeras tareas consistió en guiar y enseñar a los usuarios (Muchos de ellos con nula experiencia web), en el aprovechamiento de la plataforma. Este último punto se ve reflejado en el criterio tres en donde el ciberterapeuta debe tener mucha capacidad de enseñanza para guiar a nóveles usuarios por los caminos de la red de internet, no sólo mostrando cómo funciona *psicoED*, sino también cómo aprovechar internet.

**Tabla 144:** Competencias de un ciberterapeuta para *psicoED*

- 
1. Profundo conocimiento del tratamiento a desarrollar
  2. Habilidades y conocimiento informático
  3. Habilidades para enseñar y guiar el aprovechamiento de una plataforma web
  4. Habilidades y conocimiento de diseño web
  5. Capacidad para el uso de software para diseño de material
  6. Experiencia en atención domiciliaria
  7. Experiencia en atención telefónica
  8. Habilidades para la atención asincrónica (Contacto por medios escritos)
  9. Habilidades medias de mecanografía
  10. Capacidad de trabajo con mínimo correlato no verbal
-



En el punto cuatro se mencionan la habilidad y conocimiento en el diseño web, este punto se hace necesario cuando se pretenden desarrollar una plataforma de ciberterapia, siendo menos útil cuando simplemente se utilice un recurso de ciber-atención ya diseñado por otro. En este caso, la experiencia *psicoED* requirió pruebas y arduas reflexiones de usabilidad que generaron más de 300 modificaciones puramente referidas a la experiencia y satisfacción con el uso de la plataforma. En un futuro, se hará necesario la clasificación y certificación de las web de ciberterapias no sólo en cuanto a seguridad sino también en cuanto a profesionalidad psicológica y usabilidad para sus usuarios.

El punto cinco señala que el ciberterapeuta requiere capacidad para el uso de software para el diseño de material. Estas habilidades se requieren para el desarrollo de atención asincrónica (mediante mail, foros o biblioteca online). Particularmente, en la experiencia *psicoED*, el terapeuta dedicó más de 50 horas en el desarrollo y diseño de material mediante la utilización de presentaciones, lo que refleja la necesidad que se requiere de formación en manejo de ordenador para aprovechar las ventajas y facilidades de las ciberterapias.

Los puntos seis y siete señalan dos habilidades que fueron utilizadas a lo largo de la aplicación de *psicoED*: la atención en domicilios y la atención mediante teléfono. La atención domiciliaria se realizó al inicio de los tratamientos online, mientras que la atención telefónica fue un recurso constante a lo largo del trabajo a distancia como soporte frente a fallos, apoyo en la realización de tareas o forma de aumento de la frecuencia de contactos. Estas actividades también requieren ciertas habilidades que hacen más compleja aún las competencias requeridas en un ciberterapeuta que utiliza *psicoED*.

Como octavo punto se señalan las habilidades para la atención asincrónica. Estas se refieren al uso de material escrito como medio de comunicación entre usuario y terapeuta momento temporales diferentes. Así, el terapeuta debe ser capaz de expresar comprensión y empatía en un correo electrónico, motivar, apoyar el cambio o reforzar el desarrollo de tareas o actividades. Lamentablemente, en estas tareas existe muy poca formación ya que habitualmente la experiencia de apoyo psicológico suele desarrollarse en un marco cara a cara y utilizando la comunicación verbal. Junto a esto se señala como requerimiento, esta vez menor, las habilidades para la mecanografía, la que puede agilizar y disminuir el tiempo requerido en cada una de las atenciones asincrónicas que se desarrollan en *psicoED*.

Finalmente, como requerimiento fundamental, un terapeuta que desarrolle ciberterapia debe ser capaz de superar el descenso que se produce en la comunicación no verbal producto

de la utilización de medios de tele comunicación como internet. Esta es una de las barreras que produce mayor impacto en el interés y motivación de los psicólogos para incorporar nuevas tecnologías.

Junto a lo anterior, es importante señalar que si un ciberterapeuta desarrollará su trabajo en entornos rurales ya aislados deberá seguir los lineamientos señalados por algunos autores (Barbopoulos y Clark, 2003), en los que señalan que el psicólogo rural, y en este caso el ciberterapeuta, debiese tener una formación general que le permita abordar diversas patologías; proveer múltiples servicios satisfaciendo una amplia gama de necesidades y características; lidiar con el estrés propio del aislamiento y la falta de intimidad; y sobrellevar situaciones con escasos recursos de apoyo. Estas últimas características hacen más exigente aún el perfil de experticia de un ciber-psicólogo rural.

A modo de síntesis respecto a las características de los ciber-terapeutas, es necesario hacer un fuerte énfasis en que para desarrollar una ciberterapia con todos los elementos que posibilita este nuevo entorno de tratamiento son necesarias las habilidades informáticas. Esto es similar a lo que ocurre en otras situaciones del tratamiento psicológico; por ejemplo, para desarrollar una evaluación del tipo que sea es necesario conocer los instrumentos y el método a utilizar; así, para realizar ciberterapia es necesario moverse con cierta agilidad con las tecnologías.

En cuanto a este último punto es necesario señalar que a medida que avancen las alternativas de tratamiento de este tipo, la usabilidad y facilidad de uso para el terapeuta también irá avanzando, así como la info-alfabetización de los mismos. Así, es posible que muy pronto elementos fundamentales del tratamiento ciberterapéutico, como el intercambio de mail; o el uso de páginas web para un primer contacto (por ejemplo de difusión), se vuelvan comunes. No ocurrirá lo mismo con tratamiento ciber-terapéuticos complejos e integrales como el que pretende desarrollar *psicoED*, en el cual se utilizan una serie de psico-tecnologías que requieren habilidades diferentes.

También, se debe mencionar que las habilidades en el manejo de la tecnología por parte del ciber-terapeuta tienen una estrecha relación con las habilidades de sus clientes. Así, por ejemplo con usuarios de un nivel medio, un terapeuta no requiere mayores habilidades ya que no necesita guiar ni apoyar a su cliente en el aprovechamiento del tratamiento. Muy por el contrario, cuando se trabaje con usuarios poco avezados, la inhabilidad de ellos exigirá al ciberterapeuta a desenvolver todo un arsenal de métodos para ayudar a su cliente a

aprovechar la ciberterapia; lo mismo ocurriría con pacientes avezados que desearán aprovechar al máximo las últimas alternativas de psico-tecnologías.

### ***Aspectos que se pueden mejorar de la plataforma psicoED***

Como se ha señalado en los antecedentes y resultados, la ciberterapia genera una mayor simetría de la relación de trabajo y al mismo tiempo le brinda mayor control y autonomía al cliente. Esto puede generar desinformación en terapeuta ya que no sabe a ciencia cierta qué elementos de la ciberterapia está utilizando, ni con qué frecuencia; el ciberterapeuta sólo ve resultados pero le es difícil seguir y monitorizar el proceso, salvo cuando realiza contactos directos (sincrónicos y asincrónicos) con el usuario. Una de las alternativas para superar este problema es el seguimiento de la trayectoria de la navegación, elementos que ha sido incorporado por otros estudios similares a este (Rotondi et al., 2005). De este modo, se contaría con una herramienta más en el trabajo ciberterapéutico, la que si bien puede tener algunos cuestionamiento éticos (poca privacidad; excesivo control y supervisión por parte del terapeuta, entre otros); puede ser una herramienta muy útil para conocer el uso de la plataforma.

Junto con este elemento, las variabilidades de cobertura de internet hacen que los requerimientos para el aprovechamiento total de *psicoED* sean muy altos para la gran mayoría. Esto lleva a plantear la posibilidad que la plataforma tenga una mayor flexibilidad que le permita adaptarse a entornos en donde el ancho de banda no sea alto y, por ejemplo, sólo permita la conversación por chat, o el intercambio de correos. Esto llevaría a que la plataforma pudiese abordar al menos conexiones desde 128 kbps mediante la entrega de mail; y que al mismo tiempo, mediante la selección de recursos poder desarrollar videoconferencia grupal en conexiones de 1 MBps/300 kbps.

Junto a lo anterior se han desarrollado más de 300 modificaciones en la plataforma a lo largo de su aplicación. Entre ellas, la adaptación a diferentes navegadores, o la incorporación de una plataforma de pagos que permita utilizar tarjeta de crédito. Junto a lo anterior, se debe desarrollar un estudio mas detenido sobre el manejo de los foros, ya que es un recurso que fue sub-utilizado durante esta aplicación y debe ser exigido con mayor firmeza. Respecto al foro, por ejemplo, es fundamental realizar pruebas sobre cómo ordenar e indexar preguntas, de modo que la búsqueda de información por parte de los usuarios sea mucho más fácil.

Así, y como se ha mencionado anteriormente y a lo largo de todas las discusiones, una de las pruebas más exigentes que debe superar toda plataforma de atención online son las pruebas de usabilidad. Al respecto, la impresión que genera todo el estudio y la búsqueda de información es que el concepto de usabilidad requiere mayores precisiones y debe dejar de centrarse en discapacidades clásicas, sino que debe centrarse fuertemente en las personas con poca info-alfabetización.

Por ejemplo, actualmente se dice que una página web es intuitiva cuando un usuario sabe dónde hacer “click” para acceder a la información; esto se lograría haciendo un especial resaltado en el texto; subrayando una frase y aplicando un color especial; o incluso incrustando un botón. Inclusive las normas de usabilidad indican que un texto puede ayudar animando a “hacer click aquí”. Lamentablemente, los problemas de usabilidad que encontramos en este estudio eran mucho más básicos, y se referían, por ejemplo a que las personas no tenían conciencia del efecto que tenía hacer un “click”; tampoco existía conocimiento claro de qué significaba o qué consecuencias tiene que un texto cambiara de color, o que estuviese subrayado; inclusive el dibujo de un botón en la pantalla no generaba la idea que pudiese ser presionado, ya que los botones que aparecen en los programas de televisión no son “activables” por el televidente. En definitiva, muchos usuarios no sabían siquiera lo que era hacer “click”, y no contaban con la habilidad motora para hacerlo.

Así, se debe dejar en claro la necesidad de profundizar en los estudios de usabilidad por usuarios sin mayor discapacidad que la poca info-alfabetización. A continuación, y siguiendo la línea más clásica de usabilidad se encuentra la necesidad de abordar los elementos que debe contar una página para que sea accesible por personas con discapacidad psiquiátrica, edad avanzada o otros problemas relacionados con la salud mental. Si bien, respecto a este punto existe algo más de información, sigue siendo muy escasa si se le compara con discapacidades clásicas como la visual.

### ***Expectativas ante el tratamiento online***

Uno de los elementos que pueden orientar el proceso de implementación de ciberterapias en un contexto clínico son las expectativas que este tipo de intervenciones generan en sus posibles usuarios. En este caso se estudiaron directamente las expectativas de los usuarios de la psicoeducación, lo que permitió realizar comparaciones entre las expectativas que generaban la psicoeducación tradicional y la online. También, se abordaron las expectativas

desde un enfoque cualitativo por lo que la discusión de resultados se enriquece de dos fuentes diferentes de datos.

Indirectamente, y sin la utilización de un instrumento se abordarán las expectativas de los profesionales ya que las reacciones de los especialistas parecen ser más importantes en la implementación de estas nuevas herramientas. Es conveniente señalar que en comparación con otros estudios como el de Young (2005), los resultados presentados son un aporte, por sobre todo porque permiten orientar la implementación futuras de ciberterapias.

### ***Expectativas de los usuarios***

Como se señala en la metodología, durante la primera sesión de ambos tratamientos se aplicó la escala de expectativas; posteriormente se indagaron los resultados mediante un grupo focal. Los resultados descritos en el apartado de resultados, indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las expectativas que generan en los usuarios ambos tratamientos. Pero si existen diferencias descriptivas en algunas dimensiones que evalúa la escala. Los resultados en cuanto a las expectativas del grupo focal nos informan con mayor detalle respecto a las expectativas ante el tratamiento y reflejan la existencia de elementos positivos y negativos. Para comenzar la discusión de resultados se comenzará con los resultados cuantitativos, lo que se irán complementando con los resultados del grupo focal.

Estos resultados en que no se hayan diferencias en las expectativas de los participantes de ambos grupos concuerda con lo que han descrito algunos autores (Britt Klein, Richards, y Austin, 2006; Knaevelsrud y Maercker, 2006, 2007). Así, podemos afirmar que las expectativas que se generan entre los usuarios a los que se les ofrece un tratamiento psicoeducativo online o tradicional son similares. Los usuarios no señalan diferencias en cuanto a: la atribución de lógica al tratamiento; a la satisfacción con la propuesta; en recomendar el tratamiento; en la atribución de utilidad en esta y en otras circunstancias; en la comodidad; y en la medida de aversión.

Respecto a este resultado que puede contravenir la impresión de los profesionales (Barak et al., 2008; Wells, Mitchell, Finkelhor, y Becker-Blease, 2007), se debe aclarar que quienes recibían en el tratamiento online formaban parte de una población con dificultades de acceso, que probablemente no contaban con una alternativa posible que no fuese una ciberterapia. Es decir, estos usuarios se encontraban en la disyuntiva de recibir este apoyo mediante

ciberterapia o no recibir nada. Esta puede ser una variable que podría estar haciendo más positivas las expectativas del grupo online o que genera deseabilidad del servicio online. Este resultado no ha sido investigado por la investigación científica y debería ser abordado en el futuro; por ejemplo, indagando si las personas que pueden recibir un tratamiento tradicional, aceptarían de igual forma el que se les entregue una intervención online.

Sobre esto último, debe señalarse que la presente investigación es una de las pocas que aborda las expectativas de los usuarios que tienen dificultades de acceso (Andersson, 2009), y sin controlar la variable experiencia en el uso de ordenadores.

Otra de las razones que puede explicar la similitud de expectativas puede ser la seducción por la tecnología. En el procedimiento de este estudio se consideró la entrega de los elementos necesarios para desarrollar una ciberterapia. Así, algunas familias recibieron una cámara web, otras un ordenador, e incluso algunas una conexión a internet. Junto con este deseo de contar con la tecnología puede ser que muchas de ellas tuviesen intenciones de alfabetizarse lo que les generará un mayor interés. De igual modo, y cualesquiera que sean las razones que hacen no diferir las expectativas de los usuarios entre los dos grupos; lo importante y fundamental es que no se debiese prejuzgar las reacciones de los usuarios ante una propuesta como la ciberterapia.

Un estudio previo desarrollador respecto al proceso de implementación (Soto-Pérez, 2008), indica que el modo adecuado de presentación de un tratamiento a distancia como la ciberterapia debe dejar en claro que no reemplaza a la atención tradicional. En dicho estudio al plantearles a los usuarios una atención a distancia esta tendía a generar cierto rechazo; ese rechazo era minimizado cuando se planteaba que la atención a distancia venía a complementar el tratamiento tradicional. Al parecer, igualmente los usuarios con dificultades de acceso desean mantener la posibilidad del tratamiento tradicional, es por ello que se debe informar que la atención mediante ciberterapia no eliminará la posibilidad de ver a su tratante cara a cara.

El grupo focal, como investigación cualitativa, aporta mayor profundidad al análisis de expectativas, apareciendo contenidos positivos (que favorecen la ciberterapia) y negativos (que la podrían obstaculizar). Dentro de las expectativas positivas se encuentran reacciones afectivas de alegría o curiosidad; así como la visualización de beneficios. También aparece un elemento que puede explicar también el resultado en cuanto a expectativas positivas: las familias están en una constante búsqueda de alternativas, por lo que una nueva posibilidad la

reciben con apertura y deseo. De algún modo, un tratamiento diferente y novedoso viene a satisfacer la necesidad de esperanzas que algunos estudios señalan como elemento importante en la psicoeducación (Van Hammond y Deans, 1995).

Al parecer también, y desde la perspectiva cualitativa, las expectativas se relacionan con la relación con el profesional de referencia que les ha aconsejado el tratamiento. Es decir, el vínculo con el profesional de referencia permite que la ciberterapia sea recibida positivamente ya que ha sido recomendada por una persona en quién confían. Así, es posible observar el razonamiento de que si lo ha recomendado el profesional “x”, en quién tanto confío y tanto me ha ayudado; debo tomar la alternativa de la atención por internet con la mejor actitud.

Otro aporte del análisis cualitativo nos indica que este tipo de tratamiento es bien recibido debido a que existe un deseo por info-alfabetizarse. Así, al ofrecer la oportunidad de desarrollar una ciberterapia; junto a los deseos de tratamiento y ayuda, se activan los deseos de conocer y curiosidad por esta nueva tecnología. Como se ha mencionado anteriormente, este afán y la curiosidad pueden ser una oportunidad para difundir este tipo de atención. Como detalle interesante, se debe señalar que 33% de los participantes del grupo online se inscribieron en cursos de informática a lo largo de los nueve meses de estudio, curiosos que nunca antes habían tomado.

Otros asuntos más específicos pueden observarse en que se mantiene una visión respecto a *psicoED* en cuanto a que es lógico y flexible, pero algo incómodo el hablar por una cámara web; asunto en el que se concuerda con el estudio de Del Moral y Villalustre (2005). Ahora, en cuanto a la oferta de ciberterapias, es importante hacer énfasis en la flexibilidad.

Todos estos elementos deben tenerse en cuenta al momento de implementar este tipo de tratamientos. Por ejemplo, se hace necesario motivar e informar a los profesionales de referencia para que traspasen a sus usuarios una visión positiva de estos recursos ya que ellos pueden transmitir una visión a sus pacientes, la que puede favorecer la aceptación de una ciberterapia. Asimismo, es necesario aclarar los requerimientos en cuanto a conocimientos de informática y los apoyos o ayudas con las que se contará en caso de necesidad en este aspecto. Una propuesta de elementos a considerar para generar expectativas positivas en la implementación de ciberterapias se señala en la Tabla 145.

Surge información muy interesante para favorecer la implementación de ciberterapias desde los resultados del grupo focal. En este componente cualitativo del presente estudio se identifican expectativas positivas y negativas; las primeras hay que potenciarlas y las segundas

moderarlas. Así por ejemplo, la difusión debería promover la esperanza que brinda una nueva posibilidad, recalcando la posibilidad de aliviar o aminorar la carga de cuidados. Pero, al parecer las familias afrontan con cierta frialdad estas nuevas propuestas. Existe una asociación neutra entre la percepción de utilidad y el manejo de la tecnología, lo que podría expresar cierta desesperanza con la posibilidad de ayuda o cambio; asimismo no existe una gran ventaja en la predilección por la atención tradicional. Todo lo anterior puede apuntar a que no existe una motivación importante por las intervenciones psicoeducativas por parte de las familias.

**Tabla 145:** Elementos a considerar para generar expectativas positivas a lo largo del proceso de implementación de una ciberterapia

- 
1. Informar y motivar a los profesionales que derivarán usuarios al programa
  2. Intentar que los profesionales de confianza realicen una primera propuesta ciberterapia, incluso haciendo entrega de folletos
  3. Difundir el tratamiento ciberterapéutico como un complemento al contacto tradicional que generará mayor frecuencia de contactos pero no limitando el contacto cara a cara habitual
  4. Aclarar que no son necesarios conocimientos informáticos
  5. Difundir las ventajas de la tecnología más allá del ámbito del tratamiento.
  6. Estar dispuesto a responder todas las preguntas y entregar toda la información requerida aplacando expectativas negativas y potenciando las positivas
  7. Difundir la flexibilidad como característica de este tipo de tratamiento, por ejemplo en personas tímidas que rechacen hablar por videoconferencia es posible comenzar con un tratamiento asincrónico
  8. Abordar posibles dudas en cuanto al contacto interpersonal mediado por internet
  9. Ajustar el énfasis que se le da al contenido de la difusión a los intereses y perfil de los participantes
  10. A lo largo del proceso y los contactos relacionados con la difusión y el reclutamiento siempre brindar esperanza, pero sin brindar un optimismo exaltado
- 

La escala de aceptación sólo incluye como ítem negativo una pregunta respecto al grado de aversión o rechazo que produce la plataforma (cuyo resultado es cercano a cero). Mientras que en el grupo focal es posible identificar las expectativas negativas que surgen ante la propuesta de la intervención. Estas reacciones se refieren a afectos como desconfianza o incertidumbre ante la intervención; inclusive de timidez por el hecho de hablar mediante videoconferencia. Así también se producen dudas respecto al contacto interpersonal en un medio tecnológico junto a los temores a poder manejar la tecnología.

Esto elementos negativos también orientan respecto a las acciones que se deben llevar a cabo para facilitar la implementación y aceptación de este tipo de intervenciones. Así, se debe entregar información en cuanto a los efectos esperados y documentados de este tipo de tratamientos, incluyendo las acciones alternativas y de apoyo que se pueden realizar para potenciar su efecto. En cuanto al contacto interpersonal se debe abordar el tema desde una



perspectiva de exploración y de experimentar en un nuevo medio, el cual puede ser más cómodo para algunos.

Se debe considerar siempre que las familias de personas con enfermedades mentales grave y prolongadas viven en un constante duelo que se expresa en un funcionamiento ambivalente; en momentos se muestra optimistas y tiempo después se vuelven extremadamente pesimistas; muchos familiares van aprendiendo a tomarse las cosas con calma y cierta frialdad como una forma de protegerse de estos vaivenes emocionales.

Por otro lado, llama la atención que las expectativas que se generan en el grupo de ciberterapia son altas a pesar que el 28,5% de este grupo nunca había utilizado un ordenador. Como se ha señalado, esta es una de las pocas investigaciones que utiliza participantes sin experiencia en el uso de ordenadores (Andersson, 2009), y lo que se esperaba era que la ausencia de experiencia en el uso de ordenador generaría resistencias. Pero el hecho es que las expectativas ante el tratamiento mediante ciberterapia es igualmente positivo a pesar que el usuario no tenga experiencia en el uso de este tipo de tecnologías.

Como se ha señalado, no existen muchas investigaciones que utilicen participantes sin experiencia en el uso de ordenadores, sino que suelen utilizarse personas que dispongan de ordenador y conexión a internet (Andersson, 2009). Entonces, este resultado específico de expectativas no puede compararse con otras investigaciones. Si, puede considerarse como vía de análisis la escasa relación que señalan algunas investigaciones entre experiencia en el uso de ordenadores y el resultado de los tratamientos (Kenardy, McCafferty, y Rosa, 2003; Kovalski y Horan, 1999). Así, al parecer la variable de experiencia previa con la tecnología no determina ni las expectativas que se generan ante la propuesta de tratamiento ni los resultados del mismo.

En cuanto a las expectativas y la experiencia con ordenadores, es importante señalar que la autovaloración que realizan los participantes respecto a su capacidad para manejarse con esta tecnología es media-alta ( $x$ : 6,71 en un rango de 1 a 10); la valoración objetiva clasifica al grupo con una media de 5. Esto nos señala que los participantes, a pesar de no contar con experiencia alguna ante un ordenador (e inclusive sin siquiera haber utilizado alguna vez en una máquina de escribir); se auto-atribuyen la capacidad de poder sacarles algún provecho o de manejarle. De esta forma, desde una perspectiva cuantitativa la propuesta de ciberterapia pareciera generar una actitud positiva, de optimismo que activa la percepción de propias capacidades. Cuando las expectativas son abordadas desde una mirada cualitativa aparecen

elementos de dudas y rechazo ante la tecnología que no logran ser abordados por el cuestionario cuantitativo utilizado.

En cuanto a la experiencia y las expectativas, se realizó una correlación para determinar la relación entre estas dos variables. Si bien, ninguna correlación resulta estadísticamente significativa, es posible observar que quienes tienen experiencia con el uso de tecnologías relacionan la ciberterapia con mayor comodidad y lógica al tratamiento. En estas correlaciones nuevamente no se observa una relación entre la info-alfabetización y las expectativas ante la ciberterapia o la preferencia por un tratamiento tradicional.

Así, a pesar de lo que pueda pensarse *a priori*, al parecer el manejo de la tecnología no es un elemento central en cuanto a la aparición de expectativas ante una ciberterapia. Como se ha señalado anteriormente en el apartado de implementación, al parecer las consecuencias de la experiencia con la tecnología y el proceso de desarrollar una ciberterapia se traduce en que se desarrollan tratamientos diferentes según la habilidad tecnológica del usuario. Así, un usuario avezado utiliza la atención asincrónica, tiene mayor autonomía y control que el terapeuta; autónomamente revisa material, plantea preguntas. Es decir, recibe una ciberterapia propiamente tal. Por otro lado un usuario poco avezado recibe principalmente tratamiento mediante videoconferencia, recibiendo un tratamiento similar al tradicional cara a cara.

Examinando las expectativas es posible que los resultados puedan estar expresando un sesgo: quizás las personas que participaron de este grupo experimental estén particularmente motivados en la búsqueda de alternativas de tratamientos; que sean familias particularmente motivadas y dispuestas *acquiescentemente*. Es por ello que para profundizar en esta línea debería de realizarse un estudio con participantes reclutados de forma aleatoria.

Algunas familias prefieren que lo que se les ofrezca sea un tratamiento novedoso, una nueva y esperanzadora posibilidad. Por el contrario, existen también familias que desean acciones que les genere el menor gasto de tiempo e incomodidad. Toda esta variabilidad de deseos y expectativas puede generar dificultades al momento de implementar tratamientos; ya que cada vez existen mayores antecedentes que variables de personalidad pueden afectar y determinar la elección terapéutica y particularmente la aceptación de la ciberterapia (Andersson, 2009; Zinbarg, Uliaszek, y Adler, 2008).

Junto a las expectativas positivas, particularmente en el grupo focal es posible apreciar que también se puede producir una percepción que hemos denominado "*neutra*" ante la

ciberterapia. Es decir, puede existir un grupo de posibles participantes que no se manifiesten ni particularmente motivados así como tampoco disgustados ante la invitación a participar en una ciberterapia; en este caso, este grupo lo componen personas que padecen esquizofrenia, de modo que puede relacionarse con sintomatología negativa que caracteriza esta enfermedad (Barch, 2008) más que a elementos relacionados con la propia plataforma *psicoED*.

Igualmente, entre los datos cuantitativos de las familias, existen antecedentes incongruentes ya que no pareciera que los participantes prefieran ni la atención tradicional ni la online. Es decir, se aproximan a los tratamientos con cierta neutralidad o hasta frialdad. En un principio se puede sostener que la variable de manejo de tecnología podría modular la aceptación de un u otro formato de tratamiento, pero quienes manejan la tecnología no le otorgan mayor utilidad al formato online. De este modo, más que el formato, pareciera ser que existen otras variables que determinan la motivación por los tratamientos psicoeducativos.

Profundizando en cuanto a estas expectativas negativas, se debe señalar que el estudio de ciberterapias mediante videoconferencias aún no es del todo fecundo, ya que sólo en los últimos cinco años la tecnología ha logrado volverse accesible como para poder realizar estudios al respecto. Por ejemplo Schultze (2006), señala una serie de elementos que pueden favorecer el éxito en la consejería psicológica en internet, pero fundamentalmente aborda el correo electrónico como medio de comunicación.

Por otro lado, Barak (2008), hace un meta-análisis respecto a las ciberterapias y incluye un 44,4% de estudios que utilizan comunicación sincrónica y entre ellos sólo dos que utilizan la videoconferencia (7,4%). Al respecto señala que internet permite favorecer un fenómeno que él señala como "*anonimato psicológico*". Este anonimato se relaciona con la posibilidad de mantenerse como anónimo no sólo desde la punta de vista de protección de datos, sino también el mantenerse en una suerte de invisibilidad de la propia identidad. Este es el fenómeno que ocurre en foros y hasta en correo electrónico, en donde muchas veces no es necesario revelar la verdadera identidad.

El mail y los foros, al no requerir elementos descriptivos permitirían mantener en reserva bajo cierta invisibilidad la propia identidad, lo que ha sido definido como el "*anonimato psicológico*" en ciberterapia (Schultze, 2006). Este anonimato facilita el tratar temas personales, revelar cuestiones íntimas; inclusive se señala que la posibilidad de darse de baja

sin mayor compromiso de una ciber-atención posibilita aún más la revelación interna. De este modo, en situaciones en que la timidez, vergüenza o en donde el deseo de mantener el anonimato sea una asunto importante, la ciber- atención asincrónica puede ser una opción.

Del mismo modo no debe dejar de considerarse los efectos que genera este anonimato; el denominado efecto de “*desinhibición online*”, en el cual se describe que las relaciones online suelen ser más intensas que en el formato cara a cara (Suler, 2004). Esta desinhibición está mediada por factores como el anonimato disociativo; invisibilidad; asincronía; introyección solipsística, imaginación disociativa y la minimización de la autoridad<sup>67</sup>.

Así, junto con el anonimato psicológico otros de los beneficios de la ciberterapia que pueden aplacar estas expectativas negativas referidas a la inseguridad, timidez o vergüenza es la protección de la seguridad que cada uno tiene en sí mismo. En internet muchas veces no es necesario revelar verdaderamente quién es uno; es posible utilizar pseudónimos o alias; lo que se ha relacionado con disminuir los efectos de la denominada “*mortificación por confesión*”, que ocurriría cuando un cliente revela conflictos o problemas que le parecen muy personales e íntimos (Schultze, 2006).

Se debe señalar que, si bien las posibilidades de mantener el anonimato en una ciberterapia son importantes, es igualmente un temor significativo. Por ejemplo, Young (2005), señala que el 52% de los ciber-clientes manifiestan temores y preocupaciones relacionadas con la posibilidad de ser grabados y que estas grabaciones puedan ser vistas por parejas, jefes o compañeros de trabajo. A pesar de este temor, el 94% de los ciber-clientes elige una ciberterapia porque les parece que mantiene el anonimato (Young, 2005) Al respecto, dentro del consentimiento informado que firmaron los participantes se les comunicó que algunas sesiones serían grabadas con fines científicos y de formación y puede que esta información haya aumentado la presencia de expectativas negativas; aunque parece poco probable.

---

<sup>67</sup> La desinhibición online se refiere a un cierto relajamiento que se produce en internet de las restricciones sociales y las inhibiciones que suelen estar muy presentes en las interacciones cara a cara. Sus elementos dependen del tipo de psicotecnología utilizada pero se sintetizan en seis conceptos. 1. El *anonimato disociativo*, en donde el interlocutor no sabe realmente quién es el otro. 2. La *invisibilidad*, en donde no es posible ver y corroborar datos mediante la visualización del interlocutor. 3. La *asincronía*, que permite “*postear*” y huir, o por otro lado meditar y reflexionar el contenido de un mail. 4. La *introyección solipsística* que se refiere a que la falta de correlato visual de los rasgos de una persona hace que se imagine y fantasee la apariencia; la introyección solipsística se sintetiza en la frase “*todo está en mi cabeza*”. 5. La *imaginación disociativa*, que promueve la vivencia de un mundo fantaseado e irreal debido a la falta de interacción cara a cara. 6. Y la *minimización de la autoridad*, en donde nuevamente la falta de correlatos sociales tradicionales hace que las relaciones sean más simétricas.

Otro de los contenidos negativos que genera la propuesta de *psicoED* a posibles usuarios son las dudas respecto a la tecnología; estas dudas se refieren a la falta de elementos tecnológicos que permitan aprovechar los diferentes elementos de la ciberterapia (Por ejemplo, lo habitual era carecer de cámara web). Junto a lo anterior, también se produce un rechazo a la tecnología, expresado en que algunos miembros de la familia ni siquiera lo iban a utilizar. Asimismo, otro contenido habitual fueron las dudas respecto a la posibilidad de controlar la tecnología. Todo lo anterior apunta a los elementos a los que debe ir enfocada la difusión de modo de aumentar las posibilidades de reclutamiento.

Los participantes de una ciberterapia, sobre todo cuando son inexpertos en informática, vivencian expectativas negativas relacionadas con aspectos tecnológicos; al parecer esta expectativa se traduce en una sensación de duda e inseguridad ante la ciberterapia. Por lo mismo, las acciones de reclutamiento deben ir orientadas a brindar información, calmar y orientar. Siguiendo este esquema el mismo proceso de difusión y reclutamiento de participantes online puede tener un sentido terapéutico al posibilitar el conocimiento entre terapeuta y familia en un marco de ayuda, apoyo y guía; así como de exploración de una nueva alternativa en la vida familiar como puede ser la incorporación de una actividad novedosa como lo es la informática e internet.

Respecto a esto último, fue una experiencia muy gratificante cómo los pacientes eran quienes utilizaban y controlaban el ordenador, preparando todo para las sesiones. Ahora, al activarse la cámara, muchos asumían un rol secundario.

Finalmente, y en cuanto a las expectativas negativas, se debe señalar que también existen familiares que se muestran tajantes, críticos y rechazan toda propuesta. Es decir que tienen la percepción que nada les puede ayudar; lo que expresan con rabia y cierta hostilidad. En la experiencia de este estudio, las familias que presentan esta actitud deben ser igualmente incorporadas a la posibilidad de recibir ciberterapia, pero el proceso de reclutamiento debe ser especialmente orientado a no enfrentarse con esta hostilidad, sino que asumir una actitud comprensiva y hasta cómplice de dichos sentimientos; así como asumiendo que *psicoED* es sólo un apoyo más dentro de todo el complejo tratamiento que probablemente no cambia radicalmente la situación, pero que se aconseja probar.

## ***Las expectativas desde la perspectiva de los profesionales***

Las publicaciones informan de una resistencia entre los profesionales para aceptar internet como medio para desarrollar el trabajo psicoterapéutico y de ayuda. Inclusive, se sostiene que son los psicólogos el grupo de profesionales que más se resiste a la incorporación de este tipo de alternativas tecnológicas (Barak et al., 2008; Wells et al., 2007).

En este estudio no se desarrolló un estudio específico respecto a las expectativas de los profesionales ante la ciberterapia pero en su divulgación de resultados parciales se ha podido observar la reacción de auditorio ante la plataforma *psicoED*.

En el “*I Encuentro de Investigadores Chilenos en Barcelona*” (Soto-Pérez, de Vena Diez et al., 2010). El perfil de participantes abarcaba todas las ciencias (Historia, ciencias exactas, ciencias médicas, ciencias sociales, entre otras). De este modo era una oportunidad interesante para distinguir las reacciones entre profesionales de la psicología y de otras ramas científicas. Así, en un primer momento, en la ronda de preguntas, los asistentes formados en otras ciencias se mostraron interesados por *psicoED*; se preguntaban aplicaciones, dudas y se alababa la oportunidad que brinda la plataforma para facilitar el acceso (por ejemplo en población rural).

Posterior a estas primeras reacciones positivas los asistentes con formación en psicología pasaron a plantear críticas en cuanto a la posibilidad de desarrollar una psicoterapia en el contexto online; asimismo respecto a su aplicabilidad en diferentes patologías e inclusive se sostuvieron prejuicios en cuanto a la adecuación del desarrollar intervenciones psicológicas utilizando tecnologías debido a que se deshumaniza la relación. Los anteriores tópicos y la paradójica reacción de los profesionales de la psicología ante la presentación de una ciberterapia ejemplifican la reacción de ciertos colectivos ante esta nueva alternativa de tratamiento.

Una reacción similar a la anterior se produjo en otro congreso en donde se presentó la plataforma (Soto-Pérez et al., 2007), en este caso el público estaba formado principalmente por profesionales relacionados con la salud mental, siendo nuevamente los psicólogos quienes se mostraron más sorprendidos con la posibilidad de utilizar ciberterapia como tratamiento psicológico.

Se debe señalar que, al presentar la plataforma en un contexto de innovación y con el respaldo de las altas jerarquías, los prejuicios se ven aplacados y se expresa más bien en

curiosidad. Este efecto es el que justamente se debe buscar producir. Por lo que el primer aspecto a considerar para la implementación de nuevas herramientas tecnológicas en salud mental es contar con el apoyo, interés y motivación de las jefaturas y los líderes de la institución o grupo. En segundo lugar, justamente las instituciones que utilizan elementos de innovación y tecnología en su trabajo se muestran mucho más dispuestos a implementar experiencias de ciberterapias; por lo que previo a la implementación de este tipo de intervenciones es necesario indagar respecto al uso de este tipo de tecnologías en cada organización. En tercer lugar, se debe buscar el apoyo de personas claves o con cierto liderazgo, como pueden ser alcaldes, sacerdotes o líderes comunitarios.

Un punto fundamental respecto a la divulgación de intervenciones con tecnologías en salud mental es la escasa información disponible y las dudas en cuanto a su efectividad (Soto-Pérez, 2008). Por lo mismo, es necesario aplacar las ansiedades relacionadas con este desconocimiento con un trabajo de difusión de resultados y experiencias. Junto con lo anterior y como trabajo a largo plazo se debe comenzar a incluir la formación o a lo menos la reflexión respecto al uso de tecnologías en psicología clínica en la formación de licenciatura de los futuros psicólogos (Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010).

### ***Alianza de trabajo***

Uno de los primeros aspectos que se deben valorar al implementar una intervención online se refiere a evaluar las posibilidades que tiene este medio cibernético para permitir el desarrollo de la Alianza de Trabajo Terapéutico (Cook y Doyle, 2002); esto debido a la importancia que tiene este marco relacional, la alianza de trabajo, como determinante del desarrollo y los resultados de una relación terapéutica (Martin, Garske, y Davis, 2000). Respecto a esta importancia existen investigaciones que señalan que al menos el 30% del resultado de un tratamiento psicoterapéutico y el proceso de cambio estaría determinado por la calidad de la relación terapéutica (Cook y Doyle, 2002; A. O. Horvath y Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Lamentablemente existen algunos mitos respecto a cómo se desarrolla la alianza de trabajo. Al respecto, Albert Ellis<sup>68</sup> señala que es un mito que es necesario el verse cara a cara

---

<sup>68</sup> La importancia de este autor radica en que es considerado uno de los primeros exponentes de la terapia cognitiva conductual y creador de la terapia racional emotiva conductual.

para relacionarse bien con los clientes, mostrarse empático, apoyar y aceptarles (Derrig-Palumbo y Zeine, 2005), ya que la alianza de trabajo, en general, se refiere a una demostrada cooperación entre cliente y terapeuta en el trabajo que los reúne (Martin et al., 2000); cooperación que es posible desarrollar en un medio ciber-terapéutico.

En general las investigaciones referidas a la alianza de trabajo en ciberterapias señalan que esta tiene un desempeño similar a cuando es comparada con el formato tradicional. Esos resultados se han encontrado en ciberterapias mediante mail, chat (Barak et al., 2008; Cook y Doyle, 2002); así como en estudios que abordan el grado de auto-revelación, satisfacción y metas comunes (Escoffery, McCormick, y Bateman, 2004);

Para conocer el comportamiento de la Alianza de Trabajo en el programa *psicoED* se aplicaron las medidas del *Work Alliance Inventory* o Inventario de Alianza de Trabajo (WAI), instrumento que también ha sido utilizado en otras investigaciones (Cook y Doyle, 2002; Germain et al., 2010; Martin et al., 2000). Al respecto, la bibliografía señala que las primeras sesiones son las que forman la alianza de trabajo (Eaton, Abeles, y Gutfreund, 1988) y es por ello que se decidió medir justamente las primeras tres sesiones tanto en el grupo tradicional como en la intervención online. También se ha informado que es la visión del cliente la que tiene mayor consistencia con el resultado del tratamiento (Hatcher, Barends, Hansell, y Gutfreund, 1995). Por todo lo anterior, se comenzará el análisis de la alianza de trabajo con la visión de los propios usuarios, que al parecer sería el dato más importante al respecto; previo a ello se abordarán los resultados de fiabilidad. Este apartado finalizará con la visión de la alianza de trabajo por parte de los terapeutas.

### ***Alianza de trabajo desde el punto de vista de los usuarios***

A continuación se discuten los resultados respecto a la confiabilidad del instrumento en su versión para usuarios. Posteriormente, se comparan los resultados de la alianza de trabajo de los usuarios cara a cara con aquellos que recibieron ciberterapia. Finalmente se discute y compara la evolución o trayectoria de la alianza de trabajo en ambas situaciones.



## Confiabilidad

Como primer resultado de las aplicaciones del WAI; al analizar las fiabilidades obtenidas se aprecia que existe una diferencia entre los resultados online ( $\alpha = 0,918$ ) y tradicional ( $\alpha = 0,857$ ), siendo las fiabilidades del grupo online más altas. Considerando el  $\alpha$  de Cronbach, entre otras cosas, como una medida de asociación de los diferentes ítems de la prueba es posible plantear algunas reflexiones respecto a esta pequeña disparidad en los resultados.

Si bien ambas fiabilidades son aceptablemente altas es sorprendente que la fiabilidad de la WAI sea mayor en la aplicación online ya que no es en este contexto en que la prueba ha sido diseñada y estandarizada. Puede ser que la auto-aplicación mediante cuestionario enviado por correo pueda estar ejerciendo un sesgo en los resultados. A pesar de lo anterior y como resultados importante, desde el punto de vista de la fiabilidad la escala WAI diseñada para el contexto psicoterapéutico tradicional alcanza niveles aceptables de fiabilidad en su aplicación en un tratamiento online en un formato de auto-aplicación mediante cuestionario por correo.

En otros estudios, los resultados de fiabilidad para la escala en su aplicación tradicional y extensa han sido de 0,93 para la escala total (Adam O. Horvath y Greenberg, 1989). Al respecto Cook y Doyle (2002), en su aplicación en ciberterapia reportan de 0,86 para la escala total; 0,59 para las tareas; 0,70 para vínculo; y 0,76 para metas. Los resultados del presente estudio los resultados del grupo tradicional fueron de 0,857, mientras que el grupo online alcanzó un  $\alpha$  de Cronbach de 0,918. Es decir, en este estudio se logran fiabilidades más altas en el grupo online que en estudios anteriores y más bajas en el parámetro utilizado como resultado de tratamiento tradicional.

Nuevamente, puede ser que el procedimiento pueda ejercer influencia en estos resultados, por ejemplo, el efecto de que el tratamiento tradicional sea grupal no ha sido un factor señalado en anteriores publicaciones al respecto. A pesar de lo anterior, lo que si se vuelve interesante en base a estos resultados es la necesidad de ahondar la línea de investigación respecto a los vínculo online y si es posible valorarlos con medidas iguales a las utilizadas para los vínculos cara a cara. Hasta el momento la respuesta es que sí se pueden valorar con la misma medida, pero la experiencia de este estudio indica que existen elementos que suceden en el marco tecnológico que no logran ser detectados por instrumentos diseñados para el tratamiento tradicional.

Una posible explicación es que posible y bastante razonablemente la Alianza de Trabajo en un contexto online contenga elementos diferentes a la Alianza de Trabajo tradicional, lo que

no han sido evaluados por el instrumento utilizado. De este modo la Alianza de Trabajo Online podría estar mediatizada por factores que la WAI no considera y, desde allí, se expliquen las diferencias de este inventario entre la aplicación tradicional y online. Quizás, un análisis factorial pueda profundizar y orientar este planteamiento.

### **Comparación de la alianza de trabajo en usuarios online y cara a cara**

Un resultado fundamental del presente estudio es que no se observan diferencias significativas al comparar las medidas de Alianza Terapéutica del grupo Tradicional y el tratamiento Online durante las tres primeras sesiones en conjunto, ni al comparar cada una de estas tres sesiones por separado. Sólo se encontraron diferencias descriptivas. Por ejemplo, en la escala total existe una tendencia a una más alta valoración de la alianza durante la segunda sesión online; una más alta valoración del vínculo durante las primeras dos sesiones; y una mayor valoración de las metas a los nueve meses de tratamiento.

En el año 2002, Cook y Doyle realizaron un estudio sobre la alianza de trabajo. En este estudio utilizaron una versión ampliada del WAI de 36 ítems aplicada a una muestra de personas que recibieron ciberterapia principalmente mediante chat (Cook y Doyle, 2002). Los resultados de estos investigadores señalan que tanto la escala general como la de metas fueron significativamente más altas al compararlas con un grupo tradicional, no hallando efectos significativos del terapeuta, tipo de problema o modalidad de comunicación empleada. De este modo, los resultados de la investigación desarrollada concuerdan con los resultados existentes en la literatura (Bouchard et al., 2004; Cook y Doyle, 2002; Germain et al., 2010)

Estos datos descriptivos apuntan en el mismo sentido que los resultados de Cook y Doyle, aunque no logran significación. No obstante, se debe señalar que algunas investigaciones señalan que el mejor indicador de la alianza de trabajo es la puntuación total (Cook y Doyle, 2002; Adam O. Horvath y Greenberg, 1989; Symonds y Horvath, 2004).

Uno de los estudios más citados respecto a la alianza de trabajo en entorno online es la tesis doctoral de McKenna (1999). En ella el autor señala que no existen diferencias significativas en la profundidad ni en la amplitud de los vínculos desarrollados en internet, siendo incluso el entorno web más favorable para mujeres, personas aisladas y socialmente ansiosas. Al parecer, internet y la relación online brindaría una sensación de seguridad y control para este tipo de personas. Estas apreciaciones de McKenna concuerdan con los

resultados cualitativos que aporta el *focus group*, por ejemplo, en cuanto a que si bien existe cierto temor sobre cómo será una relación interpersonal mediada por internet; esta transcurre posteriormente en el marco de la calidez y empatía propia de una relación terapéutica.

Cook y Doyle (2002), señalan que existirían diferencias en la dimensión de metas de la alianza, este resultado se aprecia descriptivamente transcurridos nueve meses de tratamiento en el presente estudio y sin la significación estadística que obtiene Cook y Doyle. Al respecto, el impacto en las metas se debería a la claridad que puede lograrse con la lectura de material lo que permitiría comprender de mejor manera el sentido del tratamiento (Cook y Doyle, 2002). Al respecto, es posible que debido a la falta de experiencia en ciberterapia, así como a las dificultades de implementación, este efecto se hubiese producido tardíamente en el presente estudio. Pero, la principal explicación se debe orientar hacia la diferencia en los medios que se utilizan. Un estudio utiliza el chat y otro una plataforma compleja con múltiples recursos psico-tecnológicos, privilegiando la videoconferencia.

En cuando a la inexistencia de diferencias significativas en la escala total se menciona que mientras más intensos y con mayor involucración sean los medio de comunicación utilizados mayor será la alianza de trabajo (Cook y Doyle, 2002). En este caso, al utilizar participantes con variabilidad de experiencia con el manejo de ordenadores con la consecuente diversidad de intensidad de uso de la plataforma, puede ser que ese efecto haya sido aplacado por la inexperiencia de los usuarios.

Todo lo anterior concuerda con las últimas investigaciones que abordan el tema de la ciber-alianza de trabajo (Bouchard et al., 2004; Germain et al., 2010; B. Klein et al., 2010). Incluso, se llega a sostener que existen tratamientos computarizados que con mínimo o nulo contacto entre usuario y terapeuta que igualmente son efectivos y en donde igualmente se desarrolla un vínculo de trabajo (Peck, 2010).

Asimismo, y desde el punto de vista cualitativo los usuarios de *psicoED* señalan que mediante el contacto que se produce en la ciberterapia es posible conocer y valorar al terapeuta, lo que también apunta al establecimiento de una relación similar a la que se produce cara a cara. De este modo, la pregunta respecto a la posibilidad de desarrollar alianza de trabajo por parte de los usuarios en el contexto online al parecer tiene bastante información que apunta a que esta si es posible, lo que potencia la posibilidad de que se puedan desarrollar tratamientos a distancia, mediante ordenadores y sustentados en internet.

A pesar de lo anterior y con la rigurosidad que exige una investigación, no es posible dejar de recalcar que la mayor parte de los usuarios de *psicoED* señalan que el contacto en la ciberterapia es algo más frío y que prefieren el contacto cara a cara más que el contacto mediante ciberterapia. Estos resultados son apreciables desde un punto de vista cualitativo y surgen desde el *focus group*. En conclusión, desde un punto de vista cuantitativo, no existen problemas en el establecimiento de la alianza de trabajo. Pero, desde un punto de vista personal y cualitativo se observan algunas dificultades. De todos modos, lo importante es que, desde el punto de vista de la alianza de trabajo, no existen datos que apunten a desaconsejar el uso de internet como medio de tratamiento psicológico.

Finalmente, y como detalle se debe señalar que en la dimensión vínculo y durante la segunda sesión la diferencias entre ambos tratamientos aumenta ( $p = 0,098$ ), lo que también se observa en la trayectoria. Esta tendencia se relaciona con la vivencia de la primera sesión online pero no tiene un efecto mayor que pueda determinar la tercera sesión. Este resultado indicaría lo adecuado de tener un primer contacto cara a cara y la necesidad de desarrollar una primera sesión online que se adecua a la necesidad del usuario generando satisfacción en cuanto al vínculo.

#### **Evolución y trayectoria de la alianza de trabajo en el marco tradicional y online entre los usuarios**

La alianza de trabajo suele ir avanzando desde la primera sesión hacia las siguientes, asunto que ocurre en ambos tipos de tratamientos. Las mayores diferencias que se observan en la trayectoria de la escala total es una menor puntuación en durante la segunda sesión del tratamiento online, lo que se traduce en una trayectoria más lineal de la ciber-alianza en comparación con cierta tendencia parabólica del tratamiento tradicional. Como punto importante, avanzados nueve meses de tratamiento, ambas puntuaciones tienen a mantenerse igualadas. En este sentido, la alianza de trabajo avanza a medida que avanza el tratamiento (Cook y Doyle, 2002).

Es posible que las diferencias observadas durante la segunda sesión sean causadas por la inexperiencia de los usuarios en el tratamiento online, ya que esta segunda sesión se refiere a una sesión de videoconferencia, mientras que la primera incluye la vista domiciliaria; inclusive, la segunda sesión de videoconferencia se centra en el trabajo psicoeducativo; mientras que la primera se focaliza en valorar el nuevo medio.

En cuanto a las dimensiones que componen la escala de alianza de trabajo; a las tareas no se observan diferencias importantes en la trayectoria, salvo una leve inferioridad de la puntuación en la condición online. No ocurre lo mismo en la dimensión vínculo, en donde la trayectoria es diferente durante las dos primeras sesiones, siendo en la primera sesión mejor valorada la alianza tradicional, lo que inclusive aumenta durante la segunda sesión de tratamiento. Mientras el tratamiento online comienza con una valoración menor que se tiende a igualar con la alianza tradicional a partir de la tercera sesión se mantienen de forma muy similar hasta nueve meses después.

Siguiendo la descripción anterior, el vínculo online es más estable en su desarrollo y desenvolvimiento, mientras que el vínculo tradicional se ve expuesto a avances y retrocesos, quizás por la mayor influencia de elementos no verbales o por la situación de grupo, o por otros eventos grupales o emocionales que en la situación cara a cara parecen más importantes.

En cuanto a la dimensión metas, esta no muestra importantes diferencias al inicio de los tratamientos. Es decir, la trayectoria durante las primeras tres sesiones es bastante similar. Avanzados nueve meses de tratamientos la valoración del grupo online es mayor que la del grupo tradicional. Al parecer el marco online permite favorecer el establecimiento de metas acordadas, como también es posible que la condición grupal del tratamiento tradicional haga más complejo el establecer metas comunes entre todos los participantes.

En síntesis, las trayectorias anteriores nos señalan que no existen importantes diferencias en el desarrollo de la alianza de trabajo y que éstas se desarrollan de forma similar.

### ***La alianza de trabajo desde el punto de vista de los terapeutas***

A continuación se discuten los resultados respecto a la confiabilidad del instrumento en su versión para terapeutas. Posteriormente, se comparan los resultados de la alianza de trabajo de los terapeutas cara a cara con aquellos que recibieron ciberterapia. Finalmente se discute y compara la evolución o trayectoria de la alianza de trabajo en ambas situaciones.

## **Confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento fue mayor en la situación tradicional (0,845) en comparación al online (0,703). Desde este punto de vista, la confiabilidad del instrumento en la situación online es bastante ajustada al límite inferior de aceptación (Aron y Aron, 2002). Si asumimos que el instrumento utilizado es adecuado para valorar la alianza de trabajo, es posible señalar que los terapeutas tienen mayor dificultad para valorar la alianza en una situación online y por ello sus respuestas pueden ser menos confiables en este entorno cibernético. Asimismo, podría afirmarse que la alianza de trabajo podría contener otros elementos en el ambiente online que no se presentan en el escenario tradicional y por ello el desempeño del instrumento.

Respecto a esto último, es decir, al plantear que la ciber-alianza de trabajo contiene elementos diferentes a la relación tradicional, no se encuentra bibliografía que lo señale, ya que más bien se ha tendido a utilizar los mismo instrumentos y la misma conceptualización (Cook y Doyle, 2002; Knaevelsrud y Maercker, 2006, 2007; Symonds y Horvath, 2004). Sería importante desarrollar una investigación más profunda y quizás que comience con un enfoque cualitativo que aborde la pregunta si la alianza de trabajo tradicional contiene los mismos elementos que la online.

Del mismo modo, sería interesante desarrollar investigaciones que realicen un análisis factorial respecto a los instrumentos de alianza de trabajo en ciberterapia y para ciberterapeutas.

## **La alianza de trabajo en los terapeutas**

Un de las cuestiones que pretende abordar este estudio es cómo se desenvuelve la Alianza de Trabajo en el encuadre ciberterapéutico. Los resultados desde la perspectiva del terapeuta nos informan que existe una mayor puntuación desde el punto de vista descriptivo para la situación online, y en algunas dimensiones esta es más alta. Estos resultados deben ser discutidos con delicadeza y precisión de forma de llegar a una correcta interpretación.

Al comparar las valoraciones de alianza de trabajo en ambas situaciones (online y tradicional), no parece importante considerar las diferencias entre las puntuaciones del terapeuta online y tradicional que benefician a la intervención online; lo importante en este

caso es que el fenómeno de la alianza de trabajo se produce en este nuevo medio de trabajo y, por ende, es posible desarrollar intervenciones psicoterapéuticas utilizando este medio de comunicación y este encuadre de trabajo.

Así, el campo de experimentación y avance en el uso de internet y los ordenadores en psicología clínica debe ser profundizado. Por ejemplo, desde el punto de vista del terapeuta, en este caso las medidas de ciber-alianza de trabajo fueron realizadas por un terapeuta con experiencia y manejo informático, debiendo estudiarse en el futuro si el manejo del ordenador y los recursos de internet influyen la percepción que tienen los terapeutas respecto a la Alianza de Trabajo cuando se produce en un contexto online. Por otro lado, es posible que la alianza de trabajo se vea influenciada por la dificultad de cada situación y del cuadro que se pretende abordar.

### **Evolución y trayectoria de la alianza de trabajo en el marco tradicional y online entre los terapeutas**

En cuanto a la evolución de la Alianza de trabajo, esta suele seguir la misma trayectoria que la alianza tradicional aunque parte desde un mayor nivel, sobre todo en la primera sesión de la dimensión vínculo. Asimismo, la comparativa entre ambas aplicaciones muestra que la alianza de trabajo en el contexto online presenta más suaves desviaciones hacia la baja en comparación con la tradicional que se producen en las dimensiones metas y tareas.

Siguiendo el análisis de la evolución de la Alianza de Trabajo, llama la atención que la alianza online tiene una puntuación mayor desde una aproximación descriptiva. Este fenómeno se hace más fuerte aún en la primera sesión de la dimensión vínculo. Se debe señalar que el primer contacto del grupo online consistía en una visita domiciliaria en donde se instalaban los equipos, se orientaba en el manejo de la plataforma y se evaluaban las necesidades familiares. Así, esta intervención puede generar un aumento de la puntuación, que va perdiendo influencia a medida que pasa el tiempo. Asimismo, la primera sesión online consideraba un especial cuidado en que los usuarios se sintieron cómodo utilizando el nuevo medio.

En la sesión final, las puntuaciones siguen siendo más altas en el tratamiento ciberterapéutico, y en este punto es posible que el efecto de la visita domiciliaria se haya extinguido, pero no así el efecto que brinda el facilitar el acceso a una atención psicológica, el

uso de nuevas tecnologías y otras variables que pueden interferir en esta mejor percepción de la relación por parte del terapeuta.

### ***Comparación de la alianza de trabajo entre terapeutas y usuarios***

Los resultados que comparan el desarrollo de la alianza de trabajo en las cuatro condiciones posibles (terapeuta y usuarios en situación tradicional; terapeuta y usuarios en situación online) apuntan a que es el terapeuta quién tiene una puntuación descriptiva menor en ambas situaciones, pero que en el tratamiento online la alianza desarrollada por el terapeuta es mayor que la que se desarrolla en el tratamiento tradicional y que el ciberterapeuta transcurridos nueve meses alcanza las mismas puntuaciones que informan los usuarios en ambos tratamientos.

En otras palabras, al parecer los terapeutas tienden a valorar con puntuaciones menores la alianza de trabajo cuando es comparada con los usuarios; pero que la valoración del ciberterapeuta tiende a ajustarse a la valoración de los usuarios a medida que avanza el tratamiento. Este fenómeno ya ha sido descrito y por lo mismo que se les otorga mayor poder predictivo a las valoraciones de los usuarios más que la de los terapeutas (Germain et al., 2010; Hatcher et al., 1995). Al respecto se sostiene que en cuanto a la alianza de trabajo el terapeuta se centraría en aspectos relacionados con la comodidad y la activación que provocan las sesiones de terapia para valorar la alianza de trabajo que va desarrollando (Germain et al., 2010).

Llama la atención que es la valoración de los terapeutas tradicional es la más baja y que esta no tiende a ajustarse a la del grupo de usuarios en la situación tradicional. Este resultado podría ser explicado por la condición grupal del grupo tradicional que quizás hace más compleja la situación del terapeuta.

Descriptivamente, también se observa que el terapeuta online se acerca a valorar de la misma forma que sus pacientes la alianza de trabajo transcurridos nueve meses de tratamiento. Este resultado puede apuntar a que la experiencia, comodidad y soltura con que se desenvuelve el terapeuta en el ambiente online podría relacionarse con una valoración positiva de la alianza de trabajo. Al respecto, se debe mencionar que en cuanto a la satisfacción con la intervención; la sensación que mejor describe la reacción de los ciber-



usuarios es la “*sorpresa*”. Es posible que lo mismo ocurra con los terapeutas y por ello se presenta una puntuación más alta en la alianza de trabajo.

El inicio de este estudio el terapeuta online no tenía mayor experiencia en ciberterapia más que algunas pruebas piloto y preparación teórica en el tema. De modo que a medida que se va familiarizando con el entorno cibernético en que se relaciona con sus usuarios y con la comodidad resultante, al parecer logra valorar la relación de trabajo de forma tan positiva como la hacen sus clientes. Esto indicaría la necesidad de formación y experiencias concretas y reales en la formación de ciberterapeutas, tal cual lo apunta la bibliografía (Oosterheld et al., 1999; Rizzo, Strickland, y Bouchard, 2004; Soto-Pérez, 2008; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010). Otro elemento que se ilumina con este resultado descriptivo es que la alianza de trabajo puede producirse de forma más lenta en el terapeuta en el espacio online por lo que deberían ajustarse las intervenciones a esta carencia que se encontraría al extinguirse el efecto que produce la visita inicial al domicilio.

En cuanto al desarrollo de la alianza de trabajo según las dimensiones que contienen el concepto, la dimensión tareas señala nuevamente que los terapeutas otorgan menores puntuaciones a la alianza de trabajo. Asimismo, a partir de la tercera sesión el terapeuta online tiende a mejorar su valoración; al parecer a partir de ese momento tiene una mayor claridad respecto a lo que se debe realizar en el tratamiento; tanto así que pasados nueve meses valora la dimensión tarea de la misma forma que sus usuarios.

Por otro lado en la dimensión vínculo es donde se observan menores diferencias respecto al desarrollo y trayectoria de la alianza de trabajo. En este caso sólo durante la primera sesión los terapeutas tradicionales valoran la alianza con puntuaciones más bajas a los otros tres tipos de participantes, esta diferencia se elimina a partir de la segunda sesión y permanece hasta la tercera. Este dato sigue apuntando a que no son los elementos del vínculo los que se ven afectados por el entorno online.

Es en la dimensión metas en donde se observan las mayores diferencias. Primero, al parecer la situación grupal de la condición tradicional lleva a que los terapeutas tengan dificultades en valorar positivamente las metas que acuerdan y trabajan con el grupo, por ello sus puntuaciones son menores a lo largo de los nueve meses de estudio. Mientras, el terapeuta online tiene mayores dificultades a lo largo de las primeras tres sesiones las que desaparecen a los nueve meses de tratamiento.

Los resultados indican que las dimensiones tareas y vínculos son las variables en las que se generan diferencias significativas de acuerdo a quién valora la alianza de trabajo (Terapeuta y usuarios en situación tradicional; terapeuta y usuarios en situación online) durante las primeras tres sesiones de tratamiento. Con mayor precisión, sería la dimensión tareas la que se vería afectada por la situación o contexto del tratamiento; es decir si se recibe un tratamiento online o tradicional, serían las tareas que se desarrollan en el tratamiento las que se pueden ver interferidas por el ambiente de trabajo (online o cara a cara).

Al cambiar el foco de análisis desde el contexto al tipo de participantes (terapeuta o usuario) se observa que la alianza de trabajo como concepto total y sus dimensiones de tareas y vínculo se ven afectadas si quién valora es un cliente o terapeuta online o tradicional; específicamente serían el terapeuta y el cliente online quienes tienen diferencias al clasificar la alianza de trabajo, particularmente en la escala total y en la dimensión tareas y vínculo.

Es decir, los resultados nos indican que existen efectos en la alianza de trabajo producto cuando esta es valorada por terapeuta y usuarios dependiendo del medio en donde se desarrolla el trabajo psicoterapéutico. Estos efectos no afectan la dimensión metas, en menor medida la dimensión vínculo y en gran medida a la dimensión tareas al inicio del tratamiento (tres primeras sesiones).

Para conocer en mayor profundidad estos resultados se abordó el mismo asunto avanzados nueve meses de tratamiento. En este caso, sólo la dimensión tareas y la escala total arroja diferencias según quién valora la alianza de trabajo (terapeuta y usuarios en situación tradicional; terapeuta y usuarios en situación online); mientras que la situación online y tradicional generan diferencias en las dimensiones metas y tareas. Terapeutas y pacientes difieren en la escala total y la tarea a los nueve meses de tratamiento, siendo los terapeutas y usuarios online quienes tienen apreciaciones diferentes al valorar la alianza en su totalidad y en la dimensión de tareas.

Si bien la comprensión de los resultados resulta compleja debido a que sesión a sesión va cambiando la dimensión que genera diferencias significativas existe una tendencia lo largo de todos los análisis realizados y esa apunta a que es la dimensión tareas de la alianza de trabajo la que genera mayores diferencias a los nueve meses. A continuación, y en menor medida, es la dimensión metas y finalmente, la dimensión vínculos no genera diferencias de valoración en un tratamiento avanzado.

Así, y como síntesis general, la alianza de trabajo si se vería determinada en la dimensión tareas al comparar un tratamiento online y tradicional, sobre todo al comparar las valoraciones de usuarios online y terapeutas online. En un inicio junto a la dimensión tareas la variable vínculo sufre el mismo efecto determinante del medio en que se desarrolla el trabajo, pero este efecto se desvanece a medida que avanza el tratamiento. Cuando un tratamiento online lleva tiempo avanzado, en este caso nueve meses, terapeutas y usuarios tiene diferencias al valorar la variable tareas a lo que se agrega, en menor medida, dificultades en acordar una visión similar en la dimensión metas.

Todo lo anterior apunta a algunos puntos claves a los que se les debe prestar especial atención en una ciberterapia. En un inicio es fundamental preocuparse de las tareas y el vínculo. Cuando el tratamiento es avanzado, las tareas siguen siendo un tema en que el terapeuta debe ir acordando con su cliente así como las metas del tratamiento. Así, el contenido y la forma en que evoluciona la comparación de la alianza de trabajo entre usuarios y terapeutas online difiere a la que se desarrolla en el trabajo tradicional. Una síntesis de lo que se ha presentado en este apartado puede revisarse en la Tabla 146 en donde se señala los aspectos de la alianza de trabajo que se deben vigilar especialmente según el momento de la ciberterapia.

**Tabla 146:** Dimensiones de la alianza de trabajo en el contexto online según el momento en que se debe trabajar especialmente

Dimensión	Aspecto que contiene	Momento de especial atención
Tareas	Estar de acuerdo en lo que hay que hacer	Durante toda la ciberterapia
	Sensación mutua de que el trabajo permite ver la situación de forma distinta	
	Concordancia en las cosas importantes a trabajar	
	Afinidad mutua con la forma de trabajar	
Metas	Acuerdo en los que se quiere conseguir	Cuando la ciberterapia ya va avanzado
	Acordar metas en conjunto	
	Ideas similares respecto a cuáles son los problemas	
	Acuerdo y comprensión respecto cuáles son los cambios necesarios	
Vínculo	Nos caemos bien	Al inicio de la ciberterapia
	Confianza en la capacidad para ayudar	
	Aprecio y confianza mutua	

## ***Sobre la ciber-alianza de trabajo***

Los resultados anteriores indican que no existirían dificultades para el desarrollo de una alianza de trabajo satisfactoria en el espacio ciberterapéutico, pero, al mismo tiempo estos resultados hace vislumbrar algunas hipótesis que debiesen ser confirmadas en futuras investigaciones. Por ejemplo, algunos autores señalan que el estilo de *rapport* en ciberterapias y tele-atención debe utilizar un estilo casual, con un estilo clínico informal más que estructurado y neutro (Myers y Cain, 2008).

Primero, en cuanto al instrumento de medida, es posible que la alianza de trabajo online cuente con algunos elementos diferenciales y particulares que no son expresados por los instrumentos actualmente disponibles. Estas diferencias se observarían principalmente al inicio de los tratamientos, haciéndose menos importantes al finalizar la intervención. Por ejemplo, las dificultades en la medición de la dimensión metas puede ser causada por que los objetivos iniciales del ciber-tratamiento pueden contener elementos respecto al conocimiento y manejo del nuevo modo de comunicación y contacto que puedan estar interfiriendo con los objetivos y metas puramente psicoterapéuticos.

Así, al parecer la Alianza de trabajo como constructo y considerando las dimensiones fundamentales que la componen (vínculo, Tareas y Metas) puede ser utilizado en el marco online (de allí la alta confiabilidad obtenida). Pero, algunos contenidos pueden ser diferentes, respecto a la dimensión de metas particularmente. De este modo, una tarea para futuras investigaciones debe ser determinar los contenidos diferenciales y similares que contiene la Alianza de Trabajo en los contextos online y tradicionales.

Según algunos estudios respecto a la alianza de trabajo y las dificultades de personalidad, personas con un historial de dificultades en las relaciones interpersonales tienen mayores problemas para alcanzar altas puntuaciones en los instrumentos que valoran la alianza de trabajo (Symonds y Horvath, 2004), de modo que ellas podrían verse favorecida por un tratamiento online. También se señala que existirían ciertas características de personalidad como la introversión, los problemas de pánico y agorafobia y todas aquellas dificultades que requieran sensación de control y anonimato las que más se beneficiarían de este tipo de tratamiento (Andersson, 2009; Cook y Doyle, 2002). Es decir, debe estudiarse que existirían ciertos elementos de personalidad que pueden hacer aconsejable una aproximación al tratamiento que considere ciber-terapia (Andersson, 2009; Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010).

Finalmente, respecto al estudio de variables fundamentales y no técnicas del tratamiento psicoterapéuticos, lo que puede ser definido como la “*relación psicoterapéutica*” (Duncan, Miller, Wampold, y Hubble, 2010); la empatía y la alianza de trabajo son las variables con mayor efecto en los resultados de un tratamiento psicoterapéuticos (Mateu, Campillo, González, y Gómez, 2010). Por lo tanto, estos serían conceptos muy necesarios de abordar en la investigación sobre ciberterapia: la empatía en espacios cibernéticos; la empatía en videoconferencia, foros y correos electrónicos; inclusive elementos de una página web que pueden favorecer la sensación de empatía.

### ***Uso del tiempo y la comparativa en la planificación y desarrollo de las sesiones***

A continuación se desarrolla una discusión sobre las diferencias en los contactos que se producen en el grupo tradicional y en la psicoeducación online. A continuación de ellos se aborda la comparativa en cuanto al uso del tiempo profesional en cada uno de los formatos estudiados y, finalmente se abordan los fallos que se produjeron a lo largo de nueve meses de utilización de la plataforma *psicoED*

### ***Cantidad de sesiones, contactos y asistencia***

El grupo tradicional transcurrió a lo largo de 19 sesiones, mientras que en promedio, cada usuario online recibió 12,8. Se debe señalar que sin la existencia de *psicoED* los usuarios online probablemente no habrían recibido ninguna sesión, por lo tanto la presencia de la plataforma de psicoeducación online genera una diferencia sustancial para los usuarios con dificultades de acceso. Del mismo modo este simple resultado indica la mayor flexibilidad en cuanto a la cantidad de sesiones que permite *psicoED*; muchas veces los usuarios solicitaron una sesión específica para tratar algún asunto en especial. Por ejemplo, una familia cuyo hijo se encontraba ingresado hace meses y comenzaba a recibirlo en casa solía enviar un correo para solicitar una sesión durante los días previo y posteriores a las visitas.

Un aspecto diferencial fue la cantidad de sesiones cara a cara e individuales que se realizaron en cada uno de los grupos experimentales. En este caso, el grupo tradicional recibió casi 8 veces más sesiones cara a cara que el grupo online. Este resultado puede relacionarse con la mayor facilidad de acceso que tenía este grupo al contacto cara a cara; asimismo, puede

indicar que los usuarios online no requirieron este servicio extra tanto como los que recibían el tratamiento tradicional.

En cuanto al uso del correo electrónico se debe señalar que se enviaron un promedio de 0.8 mails entre cada sesión online lo que aumenta la cantidad de contactos e intercambios en la ciberterapia a 22,5 sesiones por cada participante. Por otro lado, las llamadas telefónicas fueron mucho más frecuente en el grupo tradicional con un promedio de 13,6 llamadas entre sesiones comparadas con las 2,3 del grupo tradicional; en todo caso el fin de las llamadas en cada uno de los casos es diferente, ya que en el grupo tradicional el uso del teléfono tenía como fin el recordar citas, mientras que en la tele-atención era un medio más para desarrollar el tratamiento.

Así, en cuanto a las sesiones y contactos se debe señalar que el tratamiento online alcanza niveles de contacto similares al tratamiento tradicional; este es el resultado fundamental de la intervención ya que si no existiese la plataforma *psicoED* los contactos entre la familia y el tratamiento psicoeducativo serían igual a cero. Así, el aumento de contactos debido a la plataforma *psicoED* es de un aumento desde cero a 12,3 contactos en promedio en el transcurso de nueve meses mediante la plataforma *psicoED*; a 22,5 si se suman los correos electrónicos; y a 24,8 si se suman los contactos telefónicos. Es decir, la ciberterapia general al menos un aumento del 18% de los contactos en comparación con el tratamiento tradicional; y sin la ciberterapia mediante *psicoED* es muy posible que este grupo de participantes no hubiera recibido siquiera una intervención psicoeducativa.

Junto a lo anterior, la implementación de un programa de ciberterapia permite utilizar alternativas de acceso variadas. La ciberterapia, si bien es un programa que se desarrolla en *psicoED*, también facilita y potencia la utilización de otros medios de tele-atención como el teléfono; en el apartado siguiente y en relación a los fallos de *psicoED* se hace un fuerte énfasis en la necesidad de potenciar el uso del teléfono.

En cuanto a la asistencia, en el grupo tradicional se produjo un descenso de la participación de las familias a medida que avanzaba el tratamiento; las justificaciones de este descenso fueron atribuidas a desinterés y desmotivación. Mientras, en el grupo online, la participación se mantuvo constante, y las deserciones que se produjeron fueron justificadas debido a la falta de cobertura de internet secundaria a un cambio de domicilio. Este resultado apunta a que el tratamiento online y la utilización de ciberterapias pareciera relacionarse con una mejora en la adherencia y el cumplimiento del tratamiento.

Así, se haría muy útil el complementar los tratamientos tradicionales con alternativas online de modo de aumentar el contacto y promover el cumplimiento de los tratamientos. Esta complementación entre el tratamiento tradicional y las alternativas que brindan las ciberterapias puede ser un modelo de tratamiento que en un futuro cercano sea bastante simple de realizar; de hecho es cada vez más común el que los profesionales de la salud mental realicen intercambio de correo electrónico en el marco de una relación terapéutica.

En cuanto a los contactos, es necesario hacer una especial mención a la atención asincrónica que se pretendía realizar mediante foros. En *psicoED* existen dos tipos de foros, uno de preguntas a expertos en donde los participantes podían plantear preguntas a profesionales; y otro de auto apoyo en donde la idea era que los participantes compartieran sus experiencias. En general, el uso de esta herramienta fue bastante escaso, sobre todo en el foro de autoayuda para cuidadores.

En el *focus group* se realizaron preguntas específicas al respecto y se detectó que había dificultades para plantear preguntas así como que se requería mayor motivación por parte del terapeuta para utilizar estas herramientas. Otros, simplemente desconocían el foro ya que no sabían ni se imaginaban qué era ya que no tenían experiencia con internet. Inclusive los participantes señalaban que no le hallaban sentido a esta actividad, que se sentían solos y que tenían temor a equivocarse.

Todo esto apunta a los elementos que se deben afrontar mediante acciones en futuras aplicaciones de *psicoED* o de ciberterapia asincrónica. Una de las acciones que se realizó inmediatamente al detectar la poca participación fue la de crear algunas interacciones simuladas en el foro, de modo que los participantes tuviesen mayor claridad respecto al sentido del recurso. Otra actividad que se realizó fue el desarrollo de una actividad motivada por el terapeuta en la cual se les animaba a plantear preguntas en los foros o el uso de frases del tipo “...eso sería de gran ayuda para otro cuidador ¿Te animas a ponerlo en el foro?...”. Si todo ello hubiese sido realizado con mayor sistematicidad quizás los foros se habrían vuelto más dinámicos.

También puede existir otra explicación al problema de la participación en los foros. Esta se refiere a la tendencia al aislamiento social que desarrollan los cuidadores (McFarlane, 2002). Siguiendo este fenómeno entonces, los cuidadores tenderían a rechazar actividad o valorarla como sin sentido quizás porque les parece incómoda. De este modo, nuevamente se deberían

seguir acciones específicas dentro del tratamiento online para fomentar el uso de foros intentando que los familiares se sientan acompañados y apoyados de una forma asincrónica.

Afortunadamente y mediante la mayor difusión de la web en personas con mayor conocimiento informático y mayor experiencia en la web 2.0, es muy posible que este tipo de recursos sea más aprovechado.

### ***Uso del tiempo***

Una de las variables que puede determinar la sostenibilidad de un tratamiento es la demanda que imprime al tiempo del profesional. Si un tratamiento es simple y exige poco al profesional puede ser muy beneficioso desde el punto de vista de la gestión, los costes y el servicio; lo que no necesariamente se relaciona con los intereses y necesidades de los usuarios. Los resultados indican que el promedio de minutos que un profesional utilizó en la programación y realización de las sesiones fue de 137 minutos. Siguiendo el promedio de asistencia, los terapeutas en el marco grupal utilizaron 23 minutos por usuarios; como en este caso el grupo tradicional lo llevaron dos terapeutas el tiempo profesional por sesión en el grupo tradicional fue de 46 por cada persona. En el grupo online, el tiempo utilizado por persona fue de 53,7 minutos (sin considerar la primera sesión y sus desplazamiento), siendo la asistencia promedio de 1,3 participantes por sesión. Es decir, el uso de la plataforma *psicoED* demanda un 16% más de tiempo profesional que el grupo tradicional.

Se debe señalar que en este caso, que si bien la diferencia desfavorece a la plataforma *psicoED* se deben considerar algunos factores que pueden explicar y disminuir aún más las diferencias. Estos factores son: condición grupal del tratamiento tradicional; problemas con la cobertura de internet; experiencia del terapeuta; traspaso del gasto de tiempo al terapeuta; y baja info-alfabetización.

El primer factor que explica esta diferencia a favor a la condición grupal tradicional respecto al uso del tiempo tradicional puede ser explicado por la condición grupal, versus el énfasis individual de ambas situaciones experimentales. Es decir, en la situación tradicional mucho del tiempo utilizado se dirige a un grupo de usuarios (en promedio 6); mientras que en la situación online el tiempo de cada sesión se dirigía en general a un usuario (en promedio 1,3). Como es conocido, toda intervención grupal favorece el uso del tiempo del profesional, por lo que a futuro *psicoED* debe ser valorado en situación grupal en donde probablemente



supere a la situación tradicional. Para que esto ocurra existe la limitante de la cobertura adecuada de internet.

Otro de los factores que aumenta la demanda de tiempo del profesional son los problemas con la calidad de la cobertura de internet. Los problemas de comunicación afectaron a un 50,6% (39) de las sesiones y la calidad del audio y video fue valorado con un 50% de la puntuación total. Estos resultados se traducen en limitantes de las actividades a realizar ya que, por ejemplo, en ocasiones no era posible ver un vídeo, o los problemas de comunicación hacían más lenta la sesión; asimismo, los fallos de internet podían hacer retrasar el inicio de la sesión o interrumpir la misma. Todo lo anterior aumenta el tiempo de dedicación del profesional.

Junto a lo anterior la experiencia del terapeuta es un factor que puede aumentar su demanda. En este estudio el ciberterapeuta comenzaba su experiencia en ciberterapia por lo mismo su trabajo puede inicialmente volverse más lento; de modo que a medida que los terapeutas vayan ganando experticia es probable que el tiempo utilizado por el terapeuta disminuya, lo mismo si se crean protocolos y guías que orienten la intervención ciberterapéutica; así como si la plataforma está más desarrollada al igual que la cobertura de internet.

Otro elemento interesante de considerar es el traspaso del coste del tiempo al terapeuta. En el marco de la tele atención y particularmente mediante la atención con *psicoED*, es el terapeuta quién realiza los mayores gastos de tiempo. Mientras, en la atención tradicional quién realiza la mayor inversión de tiempo es el usuario, ya que debe trasladarse, esperar en la sala de espera y adaptarse a los horarios del servicio. En *psicoED*, el usuario puede acceder en el momento que quiera, sólo debe coordinar las sesiones de videoconferencia, no necesita trasladarse y no espera en una sala; la mayor parte de este tiempo que en la situación tradicional afecta al usuario, en el contexto online se traspasa al terapeuta. De este modo, un estudio más preciso podría considerar el tiempo invertido no sólo por el terapeuta sino también por el usuario y en donde probablemente en situaciones de ruralidad la ventaja sea para las ciberterapias.

Otro aspecto que puede explicar el mayor gasto de tiempo por parte del terapeuta y que se relaciona con el traspaso del gasto de tiempo, es la baja info-alfabetización de los participantes. Mientras menor es el manejo de la tecnología por parte de los usuarios mayores es la necesidad de que el terapeuta asuma algunas tareas. Por ejemplo, en usuarios sin

experiencia, el terapeuta debía guiar el encendido del ordenador; debía conectarse mediante el control remoto y acceder a *psicoED* y a la videoconferencia. Inclusive, si deseaba presentarle un documento o un video, era el terapeuta quién debía accionarlo a distancia. Todo ello genera mayor gasto de tiempo, siendo un estudio interesante el relacionar el gasto de tiempo según el nivel de experiencia del usuario.

Los anteriores factores que se relacionan con el gasto de tiempo también orientan respecto a qué acciones pueden favorecer la sostenibilidad de ciberterapias. Así, se hace necesario favorecer intervenciones en ciber grupos; con participantes que cuenten con una adecuada conexión a internet y manejo de ordenador; guiadas por terapeutas con experiencia en ciberterapia. Junto a lo anterior, se debería potenciar el uso de la atención asincrónica. Si se cuenta con todas las condiciones anteriores la atención mediante ciberterapia podría reducir el gasto de tiempo tradicional de una manera importante; de hecho la percepción de los usuarios recogidas en el *focus group* señalan que *psicoED* demanda menos tiempo que el tratamiento tradicional.

### ***Fallos de psicoED***

Un asunto muy delicado, y que se debe tener en cuenta en las aplicaciones de ciberterapia, son los fallos que se generan a lo largo de su aplicación. Por ejemplo, cuando se cae la web que sustenta una plataforma como *psicoED* se produce un efecto similar al que ocurriría si el edificio en donde se encuentra el despacho de psicología un día se derrumbase o desapareciera.

En este caso a lo largo de *psicoED* se registraron un total de 52 fallos, nueve de ellos generaron la imposibilidad de realizar una sesión programada. Es decir durante este estudio se registró una tasa bastante alta de fallos que impiden realizar la sesión la que alcanzó a un 17%. El uso del teléfono reduce el fallo a un total de un 3,8% (3 sesiones).

Al respecto, y valorando alternativas para la atención rural, el teléfono puede ser una alternativa efectiva y posible, ya que exige mucho menores requerimientos que una plataforma online. De hecho debiese de integrarse la posibilidad de tratamiento telefónico como recurso disponible en *psicoED*. Los estudios respecto a tratamiento telefónico apuntan a que es una opción eficaz (Beckner, Howard, Vella, y Mohr, 2010; Bee, Bower, Gilbody, y Lovell, 2010; Brenes, McCall, Williamson, y Stanley, 2010; Glueckauf et al., 2005), sobre todo en

población rural (Hilty, Yellowlees, Cobb, Neufeld, y Bourgeois, 2006); y en áreas como el cuidado del ancianos (Tremont, Davis, Bishop, y Fortinsky, 2008); estrés post-traumático (Rosen et al., 2006); depresión (Beckner et al., 2010) y trastorno obsesivo compulsivo (Turner, Heyman, Futh, y Lovell, 2009).

Del total de fallos, el 53,3% (51) de ellos se produjo en el espacio, es decir se refieren o a la conexión o a la web. Debido a estos problemas, así como a la necesidad de vigilancia de la plataforma, se hace necesario contar con la posibilidad de acceder rápidamente quién pueda solucionar problemas. Por ejemplo, una actualización de un navegador generó un fallo que le hacía muy complejo a un usuario inexperto acceder a la web; este obstáculo requirió la ayuda de informáticos que modificaran el diseño de *psicoED* para facilitar el acceso.

Otro elemento importante es clarificar el desempeño de la tecnología a los usuarios. Por ejemplo, un usuario con conexión móvil lograba una conexión a la videoconferencia con frecuentes fallos en la imagen; a ella se le planteó que lo importante era concentrarse en la voz. Así, en este caso hubiese sido una posibilidad el suspender la transmisión de imágenes de video y utilizar una fotografía de forma de evitar que la usuaria se desconcentrara con el video. Otra usuaria con conexión móvil tenía un rango de horas en que la conexión funcionaba deficientemente; a ella se le indicó el horario en que eran posibles las sesiones de videoconferencia para que pudiese adaptarse y programarse. Todo lo anterior apunta a la importancia de la visita en terreno y la prueba de la plataforma en condiciones reales, de modo que sea posible indicarle al usuario las condiciones en que se puede desenvolver su tratamiento.

Finalmente, en cuanto a los fallos, es importante señalar que a pesar de la alta tasa de fallos (67,8% o 52 sesiones con algún tipo de fallo); la satisfacción con el programa es muy similar a la que se tiene con la situación tradicional. Quizás, entonces, sin la existencia de estos fallos, la satisfacción con la intervención online podría ser mayor aún e incluso superar a la atención tradicional.

### ***Satisfacción con la intervención***

Como se señala en la metodología y los resultados se plantearon preguntas tipo cuestionario en la que se abordaba la satisfacción con la intervención tanto para el grupo tradicional como el online; asimismo se abordó la satisfacción con el programa desde una

aproximación cualitativa como es el grupo focal. En cuanto al cuestionario, las preguntas planteadas se refieren a la comodidad de la comunicación; el aumento de conocimiento; la calificación que le pondrían a la intervención y a la experiencia, entre otras.

Los resultados descriptivos indican cierta paridad en cuanto a la satisfacción, salvo en el elemento que podría denominarse “*sorpresa*”. Al plantear la pregunta “... *fue mejor de lo que esperaba*”; es la intervención online la que supera ampliamente a la tradicional; es decir, los usuarios de *psicoED* reconocen que la plataforma les ha sorprendido de forma grata y satisfactoria, siendo la diferencia entre con el grupo tradicional cercana al 20%. Este mismo resultado se expresa en el grupo focal, las familias al parecer no esperaban que la intervención fuese tan positiva como ha sido, lo que se relaciona con todo el nivel de expectativas negativas que se ha mencionado y que a continuación desaparecen. Por ejemplo, una familia que no sabe utilizar un ordenador no se imagina como lo puede aprovechar ni que pueden existir alternativas que permitan controlarlo a distancia; así, cuando se encuentran participando de una videoconferencia o viendo un video, sienten una satisfacción y admiración relacionada con la superación de sus temores.

Otro contenido relacionado con la satisfacción y la grata sorpresa que genera la experiencia en *psicoED* es que transcurrido nueve meses de utilización los participantes tienen la sensación que es una plataforma de fácil uso. Si bien, este es un contenido mayoritariamente sostenido por usuarios con experiencia en informática, quienes carecen de info-alfabetización igualmente apoyan la idea de simpleza en el uso de *psicoED*. Este punto, nuevamente apoya la necesidad de aplacar las ansiedades iniciales de los participantes ya que al parecer el mismo proceso de uso de la plataforma va aliviando estas posibles angustias que si son mal manejadas podrían generar el rechazo a la intervención

Otro elemento que favorece levemente al grupo online es la calificación o nota que obtiene. Si bien la diferencia es mínima, es un dato que orienta el que los usuarios califiquen con una mejor nota promedio a la plataforma online comparada con el promedio del tratamiento tradicional. Lo mismo ocurre con el impacto que ha tenido la intervención en el conocimiento: los participantes del tratamiento online tienen una impresión levemente más positiva respecto al impacto que ha tenido *psicoED* en los conocimientos que tienen sobre la enfermedad; estos resultados en cuanto al conocimiento serán abordados en mayor profundidad más adelante.

Por otro lado, las áreas en donde la plataforma online tiene un desempeño levemente inferior al tratamiento online son la comodidad en la comunicación; satisfacción general; y la experiencia vivida. En todo caso, salvo la variable denominada “*sorpres*”, en todas las preguntas planteadas las diferencias son mínimas. Es decir, la ciberterapia genera al menos, la misma sensación de satisfacción que un tratamiento tradicional.

Al respecto, se debe señalar que uno de los primeros pasos del estudio de las ciberterapia fue justamente el identificar la satisfacción que obtenían los usuarios en ella; esto porque una gran duda que aún prevalece en muchos profesionales es que la ciberterapia no es satisfactoria para los usuarios, ya que se sostiene que los clientes prefieren la atención tradicional. Los resultados de estos estudios apuntan a la misma dirección, es decir, quienes utilizan ciberterapia o tele-atención, suelen obtener altos niveles de satisfacción (Myers y Cain, 2008; Myers et al., 2007).

Así, al parecer la ciberterapia genera una cierta incertidumbre en los participantes que, afortunadamente, se resuelve positivamente generando una sensación de sorpresa, o como plantea la misma pregunta: “...*fue mejor o mucho mejor de lo que esperaba...*”. Al respecto y volviendo al tema de la dificultad de los profesionales en adoptar este tipo de alternativas de tratamiento; puede ser que los profesionales ante la sensación de incertidumbre sobre el desempeño de un formato de tratamiento prefieren mantener la cautela y no arriesgarse, mientras que los usuarios prefieren arriesgarse por lo que se ha planteado anteriormente: estarían dispuestos a probar todo con el fin de lograr una mejoría en la calidad de vida de su familiar enfermo.

Si bien no se realizó una comparativa en cuanto a la satisfacción con los terapeutas debido a que no se realizó un diseño al respecto, la bibliografía señala que los usuarios suelen sentirse satisfechos con las intervenciones online, no así los profesionales que tienden a la incomodidad con el nuevo entorno; no se debe dejar de recalcar que son los profesionales quienes deben modificar su estilo de trabajo; mientras que los usuarios reciben una alternativa de tratamiento que probablemente no podrían recibir de otra forma.

Por otro lado, dentro de los elementos que fueron calificados con mayor satisfacción fueron las “*explicaciones de los terapeutas*”, asunto en el que ambos grupos concuerdan y resultado que no es sorprendente en una psicoeducación. Así, y desde el punto de vista de las ciberterapias, la psicoeducación mediante *psicoED* comparte con la intervención tradicional el que un elemento fundamental para sus participantes son las explicaciones que brindan los

profesionales; con ello *psicoED* pareciera ser un formato de tratamiento que contiene elementos fundamentales del tratamiento psicoeducativo.

Específicamente y respecto a la información que entrega *psicoED*, dentro de los elementos que generan mayor satisfacción se encuentra el material disponible en la plataforma como las presentaciones diseñadas; el material y los videos seleccionados para profundizar el conocimiento. Junto a lo anterior, la tecnología (el ordenador y la página de *psicoED*), es otro de los elementos más valorados; como se ha mencionado un porcentaje importante de participantes decidió inscribirse en cursos de informática o comprar un ordenador y conectarse a internet.

Este resultado de *psicoED*, en cuanto a que despierta un aprecio por la tecnología nuevamente brinda optimismo al proceso de reclutamiento. El que las familias pierdan el temor y hasta se motiven con la tecnología no sólo es una señal de éxito de la propuesta ciberterapéutica, sino que al mismo tiempo es un beneficio relacionado con el tratamiento psicoeducativo; en cuanto a que se les brinda una nueva actividad que puede beneficiar la relación con el familiar enfermo. Inclusive, (McFarlane, 2002), como se menciona en el *focus group*, *psicoED* potencia el contacto con la red social ya que facilita el intercambio de correos pero esta contenido de los *focus group* no se refleja en los resultados de la escala de apoyo social.

Los familiares que participaron en el grupo focal señalaron que el programa había potenciado el contacto con la red social; pero esto no se ha traducido en una mejora del apoyo social valorado mediante una escala cuantitativa; este resultado apunta a que si bien la tecnología puede favorecer el contacto, este aumento de frecuencia de contacto no siempre se traduce en una sensación de mayor apoyo social. Quizás las técnicas potencian la visualización de la red y el apoyo social es un efecto que tarda más en percibirse y expresarse en los instrumentos cuantitativos.

Así, al parecer *psicoED* es una alternativa de tratamiento tan satisfactoria como lo es una intervención tradicional. Desde el punto de vista del grupo focal, la satisfacción se relaciona con la comodidad del servicio que permite facilitar el acceso; asimismo *psicoED* se transforma en un recurso útil tanto para el usuario, su familia y el servicio de psiquiatría.

En cuanto a la sensación de comodidad que brinda *psicoED*, los usuarios señalan que la posibilidad de acceder desde casa, con flexibilidad de horario y sin el estrés del traslado o de la espera en una sala son elementos que se relacionan con la comodidad. Del mismo modo, los

usuarios tienen una sensación que *psicoED* demanda menor tiempo. En este aspecto se coincide con otros estudios en donde se señala que la conveniencia es la causa de la elección del 71% de las personas que asisten a una ciberterapia (Young, 2005).

En cuanto al elemento de satisfacción relacionado con la utilidad, los usuarios señalan que *psicoED* les sirve como guía, ya que encuentran mucha información y pautas a seguir. Este mismo resultado se relaciona con el aumento de la información que manejan los usuarios de *psicoED* en comparación con los otros grupos experimentales. Al mismo tiempo, la utilidad se refiere a un apoyo emocional y acompañamiento, inclusive en actividades de ocio y entretenimiento.

Respecto al ocio, en algunas familias en las que se les entregó acceso a internet y ordenador, los usuarios ampliaron sus actividades visitando web de músicas y juegos; así como contactando a amigos o enviando correos humorísticos. Nuevamente *psicoED* desde el punto de vista cualitativo no sólo es útil en el sentido clínico, sino que también genera beneficios en cuanto a la autoestima ya que las personas que reciben atención sienten que superan una barrera al lograr contactarse con un profesional mediante la plataforma.

Junto a lo anterior, las familias tienen una sensación de confidencialidad y privacidad en el uso de *psicoED*. Este resultado viene a cuestionar de alguna forma la gran preocupación y cuestionamiento que existe sobre la privacidad y confidencialidad de las ciberterapias (Soto-Pérez, Franco-Martín, Monardes et al., 2010). La bibliografía en cuanto a ética y legalidad de intervenciones online y tele-medicina es muy abundante respecto a la necesidad de mantener elementos que aseguren la confidencialidad. Si bien, el resguardo de datos y el control de posibles brechas de seguridad es un tema que no se debe menospreciar, desde el punto de vista de los usuarios al parecer no es una preocupación importante, sino que por el contrario les parece un servicio muy discreto.

Otro elemento satisfactorio en la opinión de los participantes fue la percepción de modernidad que tiñe el tratamiento mediante *psicoED*. Esta sensación, en general, le otorga deseabilidad a la plataforma ya que se vislumbra como una nueva alternativa; por otro lado esta visión de modernidad también se traspasa al servicio de psiquiatría y a los profesionales, otorgando la sensación de que es un servicio y un grupo de profesionales que se encuentra a la vanguardia. Desde este punto de vista entonces *psicoED* brinda una serie de elementos positivos que van más allá del propio sentido clínico. Inclusive, en ocasiones la posibilidad de

*psicoED* y la simple disposición de ordenadores puede ser una oportunidad para motivar a usuarios y pacientes que no enganches con intervenciones tradicionales.

Junto con las opiniones positivas, sobre todo el *focus group* aporta algunas opiniones negativas o experiencias negativas relacionadas con el uso de la plataforma. Estas se refieren a las dificultades de usabilidad; la falta de tiempo para aprovechar el tratamiento; las dificultades con la ciberterapia debido a problemas con la tecnología o con la ciber-alianza de trabajo.

Las dificultades sobre usabilidad se desarrollan en el siguiente apartado, pero es conveniente señalar que se refieren a que para utilizar *psicoED* se necesita tener conocimientos de informática. La falta de tiempo para aprovecharla se refiere justamente a uno de los objetivos que pretende afrontar *psicoED*: brindar acceso a las personas que tengan alguna dificultad para asistir a algún tratamiento; dentro de las dificultades que pretende superar está el poco tiempo disponible. De este modo, los usuarios de *psicoED* tienen esa dificultad por un sesgo intencionado en la selección de la muestra; es decir, no es sorprendente que quienes tengan dificultades de acceso tengan problemas de tiempo ya sea por obras en casa, constantes viajes o poco descanso.

En cuanto a la experiencia negativa con la ciberterapia o la videoconferencia, los usuarios nuevamente atribuyen cierta molestia con la psicotecnología. Por ejemplo, a algunos no le agradaba el uso de la cámara web, así como otros tenían problemas con los baches de la señal de audio. Ahora, en cuanto a la ciber-alianza, los usuarios reconocen ciertas diferencias en el vínculo y siguen prefiriendo el contacto cara a cara.

También existen temores relacionados con la tecnología y con la poca experiencia con ordenadores de los participantes de este estudio; este temor se refleja en el miedo a estropear el ordenador, lo que lleva a realizar un uso muy cuidadoso; evitando experimentar libremente. Esto se traducía en un uso más limitado de la plataforma si no había una supervisión o apoyo por parte del terapeuta.

## ***Usabilidad y accesibilidad***

Dentro de los resultados que apuntan a la accesibilidad y la usabilidad se debe señalar que en el contexto tradicional y online lo valorado como más fácil fue el informarse. Es decir, en el grupo tradicional la simple asistencia permite informarse y acceder a información que la



entregan verbalmente los terapeutas y otros familiares, así como de forma escrita mediante un dossier informativo. Mientras, en el grupo online, simplemente encendiendo el ordenador y moviendo el ratón es posible acceder a la información. Es decir, nuevamente *psicoED* contiene elementos fundamentales de la psicoeducación y que comparte con la intervención tradicional.

Como es de esperar en una intervención tradicional los problemas que enfrentan quienes asisten a este tipo de tratamiento; dificultades que son reflejadas en las respuestas de los participantes; son: el llegar al centro; el horario de las sesiones; y el hablar en público. Mientras en el contexto online los mayores problemas se refieren al uso del ordenador; el inscribirse en *psicoED*; y el participar y revisar el foro de familias. Así, desde el punto de vista del acceso, ambas intervenciones plantean obstáculos: en el formato tradicional se hace difícil llegar al centro donde se realizan las sesiones y en el tratamiento online el inscribirse en la plataforma es una de las tareas más complicadas. Afortunadamente, es mucho más simple superar la dificultad del tratamiento online, ya que por ejemplo es posible realizar la inscripción en representación de los usuarios e inclusive realizarla mediante el control remoto o a distancia. Mientras, en el contexto tradicional es mucho más complejo superar los obstáculos ya que existen determinantes mucho más complejos y estructurales que superar.

Si bien, los problemas de acceso y usabilidad señalados por los usuarios de *psicoED* pueden ser superados con facilidad mediante acciones cercanas al asistencialismo<sup>69</sup>, es fundamental abordar el tema de la usabilidad. Lamentablemente, y desde la perspectiva de esta investigación, pareciera que el campo de la usabilidad se ha desarrollado ampliamente en discapacidades clásicas pero no en ruralidad, analfabetismo, enfermedad mental grave y prolongada, o en usuarios sin conocimiento informático alguno. Como se ha mencionado, las pruebas de usabilidad indican detalles del diseño web que son adecuados para personas que tienen cierto conocimiento informático pero no hay suficiente información sobre elementos que son importantes considerar para usuarios sin conocimientos informáticos.

Específicamente en el grupo focal se abordó el tema de la usabilidad y en general, la plataforma salió bien evaluada. Los usuarios señalan que *psicoED* es fácil de aprender, que su web es organizada y que sus contenidos son claros. Estos resultados surgen desde una aplicación piloto con un grupo pequeño de usuarios, en donde se incluía la posibilidad de

---

<sup>69</sup> El asistencialismo en este caso hace referencia a utilizar un control remoto para el ordenador del usuario; guiando toda la utilización de la plataforma web.

controlar remotamente los ordenadores de los usuarios inexpertos; la situación puede ser muy distinta si la ciberterapia se aplica masivamente e intentando la autonomía del usuario.

Desde el punto de vista de la usabilidad el control a distancia o remoto puede otorgar la sensación de simplicidad de uso a la plataforma, pero esta no deja de ser una ilusión ya que la plataforma no está siendo manejada directamente por el usuarios. El control remoto que realiza el terapeuta no brinda autonomía ni mayor capacidad de decisión al usuario; restringiendo la libertad de navegación. Estos elementos apuntan a una baja usabilidad que debe ser estudiada y superada en futuras versiones de la plataforma.

Siguiendo este razonamiento, en el mismo *focus group* aparecen contenidos claves que pueden delimitar el tenor de las fallas de usabilidad de *psicoED*. Estas fallas se relacionarían con que la plataforma requiere conocimientos informáticos; que se depende del terapeuta y que requiere tiempo y dedicación para comprender su uso. Sobre estos puntos al parecer la clave es la necesidad de conocimientos informáticos, de modo que la vía de desarrollo necesaria es cómo lograr que una plataforma informática requiera la menor cantidad de conocimientos informáticos para una utilización satisfactoria.

Otro elemento importante y relacionado con la usabilidad es el diseño, *psicoED* fue criticado por la frialdad de su diseño; inclusive en una consultoría desarrollada para evaluar la plataforma se señaló que la web *psicoED* era poco humana, lo que se contradice con su misión psicoterapéutica. Así, también deben desarrollar estudios y desarrollos que le otorguen mayor humanidad y calidez a la webs destinadas a la ciberterapia.

### ***Calidad de la comunicación***

Como se menciona en los resultados, la calidad de la imagen y sonido de la videoconferencia fue valorada con un nivel que podría calificarse de mediocre (Un 50% del total). Esto indica que la plataforma y el desempeño tecnológico deben mejorar; afortunadamente el desarrollo del diseño web y la tecnología apuntan a que mejorarán en el futuro, por lo que el mediocre desempeño en cuanto a la calidad de la videoconferencia no es tan importante como otros aspectos como el que a pesar de este desempeño *psicoED* genera efectos positivos y satisfactorios en sus usuarios.

Sin dejar de asumir que la calidad de la comunicación debe ser mejorada, pareciera que este desempeño no debe considerarse como un elemento central al momento de desarrollar

una intervención a distancia. Por ejemplo, en casos de dificultades en la comunicación mediante videoconferencia, las alternativas pueden ser el uso de atención asincrónica mediante e-mail; el uso de chat; e inclusive la utilización del teléfono. Así, la calidad de la comunicación, si bien puede incomodar y producir dificultades, no impide que se desarrolle un tratamiento, aunque exige tanto a los usuarios como a los terapeutas.

En cuanto la videoconferencia, es importante señalar que pueden existir elementos de apariencia que pueden facilitar la relación y comunicación a distancia (Myers y Cain, 2008; Onor y Misan, 2005). Por ejemplo, se señala que se recomienda la pantalla de fondo azul para mejorar la nitidez de la imagen; evitar la vestimenta que incluya rayas; o la ropa de color que se mimetice con el fondo del despacho utilizado.

En cuanto a las características de la plataforma y relacionado con el punto de la calidad de la comunicación, quizás se hace necesario generar algunas modificaciones. Por ejemplo, sería interesante poder elegir el medio por el cual se desarrolla la ciberterapia, ya sea videoconferencia, tele-llamada (sólo audio) o chat. De momento tecnológicamente la sala de videoconferencia permite las tres alternativas, pero exige la necesidad de conexiones que lleguen al menos a 300 kbps de subida<sup>70</sup>. Quizás al separar los recursos, una intervención por chat podría ser desarrollada con capacidades de subida mucho menores permitiendo mayor cobertura. Se hace necesario revisar este punto ya que por la escasa cobertura de internet en las zonas rurales, la posibilidad de desarrollar alternativas de comunicación que exijan un ancho de banda menor puede generar una mayor cobertura del servicio *psicoED* (Shepherd et al., 2006).

Los retrasos o *delay* en ocasiones llegaron a cinco segundos, pero con la modulación del volumen de audio del terapeuta, se contaba con retroalimentación respecto a cuando el participante escuchaba al terapeuta. En este aspecto es importante no traspasar las ansiedades provocadas por los fallos tecnológicos al usuario.

### ***Sentido de presencia***

Uno de los elementos fundamentales que facilita el desarrollo de acciones terapeutas en entornos virtuales es el sentido de presencia (Baños et al., 2004; Biocca y Nowak, 1999). El

---

<sup>70</sup> Para un terapeuta es recomendable el doble de ancho de banda de subida, unos 500 kbps.

sentido de presencia puede ser entendido como la capacidad que tiene un entorno virtual para brindar la sensación de realidad (Baños et al., 2004; Gutierrez Maldonado, 2002). El sentido de presencia puede ser entendido como aquella sensación que suele ocurrir en el cine, cuando el espectador tiene la percepción que las cosas que ve realmente están ocurriendo llegando incluso siente empatía con las emociones de los actores inundando su estado de ánimo con el que transmiten las escenas.

El sentido de presencia ha sido muy estudiado en referencia a la realidad virtual y su aplicación en salud; existiendo algunos estudios en presencia e internet, por ejemplo en la valoración del sentido de presencia de un foro web. En el presente estudio se evaluaron algunos elementos de presencia y estos fueron comparados con las mismas preguntas planteadas al grupo tradicional, de ese modo se tendría una referencia de qué tanto sentido de presencia podría provocar el espacio de videoconferencia y el uso de *psicoED*.

Los resultados de la encuesta de presencia indican que las diferencias entre el sentido de presencia del grupo tradicional con el tratamiento online son mínimos, casi inexistentes (2,9%). Algunos de los elementos mejor valorados de la plataforma *psicoED* fueron su capacidad de brindar comprensión; la calidez y afecto que hallaron en la plataforma; el creer que *psicoED* es un apoyo; todo ello generó una mejor impresión que antes sobre las tecnologías.

Como era de esperar las áreas con menor valoración, pero que igualmente se ajustan en un 70% a la condición real fueron: *el conversar en psicoED es como hacerlo cara a cara; al conversar en psicoED sentí como si estuviéramos en la misma habitación; y siento un compromiso o ligazón con psicoED.*

Estos resultados nos indican del potencial de las intervenciones online y particularmente de *psicoED*. Los usuarios de *psicoED* tuvieron un sentido de presencia muy similar al que se tiene en una sensación real, lo que indica que recuerdan las conversaciones con su ciberterapeuta casi de la misma forma en que recuerdan las conversaciones con el terapeuta tradicional. Este resultado permite explicar de mejor forma la satisfacción y la positiva aceptación de *psicoED*, así como los resultados positivos que obtiene. Al parecer es buen desempeño de *psicoED* se relaciona con que la relación que se establece con él es bastante cercana o parecida a la relación que se establece con otro servicio de salud mental tradicional; y desde allí se pueden plantear mayores posibilidades aún de aplicar tratamiento ciberterapéuticos.

## ***Satisfacción con el servicio de psiquiatría***

La bibliografía señala que las intervenciones psicoeducativas brindan un aumento de la satisfacción con el servicio (Pekkala y Merinder, 2006), es por ello que se incluyeron medidas de satisfacción con el servicio de modo de evaluar si la ciberterapia lograba el mismo efecto que el tratamiento tradicional.

Los resultados descriptivos apuntan a que el tratamiento online logra aumentar todas las dimensiones de satisfacción incluso por sobre lo que logra el tratamiento tradicional, pero el análisis inferencial indica que solamente la dimensión accesibilidad logra diferencias significativas entre el grupo control y el tratamiento online, efecto que no logra el grupo tradicional. Es decir, en este estudio los resultados alcanzados no logran el nivel significativo que reportan otros estudios y los participantes de la ciberterapia solamente mejoran su percepción del acceso que tienen a los servicios.

Si bien se había planteado una hipótesis que apuntaba hacia un mayor efecto sobre la satisfacción del servicio, es posible que los participantes tengan una visión ya cristalizada del acceso a los servicios de salud y que se les haga impensable plantearse una posible mejora. Por otro lado, una aproximación más fina realizada desde lo cualitativo en el grupo focal, indica que el uso de *psicoED* se relaciona con una mayor satisfacción con el servicio.

Este resultado cualitativo indica que *psicoED* facilita la accesibilidad brindando acceso a servicios que se encuentran lejanos a los usuarios o beneficiarios. Asimismo, *psicoED* aumenta la velocidad de respuesta del servicio; y, por último, *psicoED* otorga una percepción de modernidad al servicio y sus profesionales.

De acuerdo al *focus group*, que es donde mayormente se reflejan los efectos de *psicoED* en el servicio; la plataforma aumenta la cobertura; mejora el proceso de psicoeducación y el servicio mismo; redundando en una valoración más positiva del servicio.

Este mayor efecto de los resultados cualitativos puede indicar que el instrumento utilizado es poco sensible a elementos de satisfacción relacionados con la accesibilidad; de modo que al valorar un programa de atención a distancia esta dimensión de acceso debería ser considerada; cosa que no ocurre con la escala utilizada en este estudio.

Al respecto, quizás también sea necesario aumentar el nivel y el grado de la tele-atención, ya que este estudio solamente incluye la realización de un tratamiento particular como la psicoeducación. Quizás si se desarrollan más servicios a distancia, la rehabilitación cognitiva, e

incluyendo otros tratamiento como la psicoterapia y la consulta psiquiátrica. En ese caso, el efecto de satisfacción realmente impacte en la visión del servicio ya que realmente se están realizando acciones generales y no sólo una intervención en particular.

## ***Salud general***

Algunas investigaciones han reportado que la psicoeducación genera efectos positivos en la salud general de sus participantes (Pekkala y Merinder, 2006), y es por ello que se integró esta variable en el estudio.

Los resultados obtenidos indican que existen efectos en la salud que pueden ser atribuíos a las dos modalidades de tratamiento y que estos efectos son diferenciales y complementarios. Así, al parecer el tratamiento tradicional generaría efectos sobre las dimensiones disfunción social y depresión principalmente; mientras que el tratamiento online se asocia a cambios en la ansiedad y angustia así como en la sintomatología somática. Estas diferencias en todo caso, no superan el nivel descriptivo ya que no generan diferencias estadísticamente significativas mediante el análisis inter-grupal.

La única dimensión que genera diferencias significativas es la de disfunción social; y, al igual que en el inicio del tratamiento, se detecta un mejor funcionamiento social de los participantes del grupo online. Si bien los tratamientos ajustan un poco las diferencias y estas se vuelven más estrechas (Es decir, la ciberterapia, la psicoeducación tradicional y el paso del tiempo tienden a mejora algo el funcionamiento social), las diferencias siguen siendo significativas.

Este resultado nos informa de una de las pocas diferencias observadas entre los grupos. En este caso, puede sostenerse que el grupo online se caracteriza por un mejor funcionamiento social. La escala GHQ-28 y su dimensión disfunción social grave apuntan a conductas como se las que se señalan en la Tabla 147.

Al parecer la Tabla 147 no indica de alguna manera el perfil de las personas que utilizaron *psicoED* más que los problemas que tiene el programa para promover un cambio en la salud general. Puede ser que las personas que aceptan una ciberterapia sean aquellas que justamente buscan mantenerse activos, que no sientan que se les hace difícil hacer las cosas o que sienten que lo están haciendo bien; que no les cuesta tomar decisiones; o que están disfrutando de la vida. Este tipo de personas se sientan mucho mas inquietas y dispuestas a

recibir una intervención online. De hecho, ya existen estudios que señalan que ciertos tipo de personalidades se beneficiarían más de una ciberterapia (Andersson, 2009). Desde este punto de vista, al parecer las personas con ciertos elementos de *resiliencia* serían más proclives a aceptar un programa de ciberterapia. Este resultado se relaciona con el perfil de los usuarios que está en constante búsqueda de nuevas y posibles soluciones al problema de salud de su familiar. Posiblemente aquél que está más dispuesto a participar en ensayos clínicos.

**Tabla 147:** Disfunción social grave según el GHQ-28

- 
1. Mantenerse activo
  2. Grado de dificultad en hacer las cosas
  3. Tener la impresión que se están haciendo las cosas bien
  4. Satisfacción en cómo se están haciendo las cosas
  5. Grado en que se piensa que se está desempeñando un rol positivo en la vida
  6. Capacidad para tomar decisiones
  7. Capacidad de disfrute de las actividades normales de la vida
- 

Volviendo al tema del apoyo social, *psicoED* intentó promover el aumento de la red social mediante un foro de apoyo mutuo. Este foro fue utilizado mínimamente por lo que puede ser que por esa razón el apoyo social no fue significativo, ya que los usuarios por su buen funcionamiento no requerían este tipo de apoyo.

Se suele mencionar que los ciber-tratamientos mejoran el apoyo social y que el uso de internet aumenta la sensación de este sostén. En este caso, se debe señalar que la muestra de ciber-usuarios difiere de las muestras que componen los estudios que hayan una mejora en los niveles de apoyo social. La gran mayoría de los estudios en ciberterapia suelen contar con participantes que disponen de su propio ordenador y de su conexión a internet, por lo tanto, suelen ser usuarios con experiencia informática (Andersson, 2009). En el caso del estudio *psicoED*, los usuarios fueron de una diversidad importante, en donde una buena parte de los usuarios no contaba con experiencia alguna en ordenadores. Esta característica de la muestra puede haber impactado en la visión respecto al apoyo social.

Para participar en los elementos de apoyo social, los participantes de *psicoED* debían ser capaces de realizar una serie de procedimiento de forma autónoma. Debían: encender el ordenador, conectarse a internet, abrir el navegador, ingresar a *psicoED*; hace “click” en la pestaña de foros, acceder al foro y plantear alguna pregunta o comentario con el teclado. Quienes no tenían un nivel básico de info-alfabetización lograban con suerte los dos primeros pasos.

A pesar de lo anterior, existen estudios que señalan que la sola presencia de un ordenador genera la sensación de seguridad y apoyo; particularmente en familiares y personas con esquizofrenia (Rotondi et al., 2005); este estudio también contó con participante info-alfabetizados.

De este modo, al parecer el apoyo social es percibido por aquellas personas que realmente pueden desenvolverse en el ciberespacio social. El fenómeno que ocurre es similar a cuando una persona emigra a otro país y no conoce el idioma; la cultura donde vive puede ser muy sociable y abierta, pero si no sabe ni puede desenvolverse en el espacio social es bastante probable que se sienta solo. Lo mismo ocurre con una persona que se inscribe en algunas de las llamadas redes sociales; para moverse en ese espacio social debe conocer los códigos, el lenguaje y las herramientas disponibles. Quizás por esta dificultad, el apoyo social no fue una variable afectada por *psicoED*.

De este modo, al parecer la mera presencia de un ordenador conectado a internet no es sinónimo de apoyo social percibido. Para que se produzca la sensación de apoyo primero se debe conocer el funcionamiento y la utilidad de la máquina y la red. Del mismo modo, es bastante probable que también sea necesario tener conocimientos de cómo moverse en el ciberespacio social. Sin estos elementos puede ser que el ordenador conectado a internet no tenga efectos significativos en cuanto al apoyo social ya que no se conoce ni comprende su potencial. De este modo, es posible que la población no-informatizada se mantenga al margen de algunos beneficios de las tecnologías, no por el hecho de no poseerlas sino por falta de información y poca formación.

Por otro lado, los resultados intra-sujeto apuntan a una tendencia a mejorar la salud general de los participantes de ambos grupos de tratamientos en comparación con el grupo control. Esta mejora es significativa en los síntomas depresivos del grupo tradicional y en los síntomas somáticos y la escala general en el grupo online. Este resultado apunta nuevamente a un efecto complementario entre el tratamiento online y tradicional, de modo que se debiesen realizar intervenciones que utilicen ambos medios de relación.

Finalmente y en cuanto al funcionamiento social, es necesario relacionar este resultado con los de apoyo social y conocimiento sobre la enfermedad. Existe una tendencia del grupo tradicional a manifestar efectos diferenciales en estas tres dimensiones; este funcionamiento, al parecer, se relaciona con un mejor desempeño de la situación cara a cara y grupal en variables con componente sociales tales como conocimiento de roles sociales, apoyo social y



funcionamiento social. Es decir, la terapia online tendría desventajas justamente en los elementos sociales de los tratamientos psicológicos.

### ***El componente educativo de la psicoeducación***

Como se señala en toda la bibliografía, la educación es un componente muy importante y básico de las intervenciones psicoeducativa, tanto así que todo modelo psicoeducativo pretende brindar conocimientos a las familias y cuidadores (Anderson et al., 1988; Goldstein y Miklowitz, 1995; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002). Se debe señalar que la psicoeducación es mucho más que el brindar conocimientos a los cuidadores pero este elemento es básico y un paso fundamental al inicio de las intervenciones. El componente informativo de la psicoeducación busca brindar un cuerpo de conocimiento común entre los cuidador y, al mismo tiempo, calmar ansiedades y brindar una guía cognitiva. Es por esta razón que uno de los aspectos más importantes a valorar en este estudio ha sido evaluar la adquisición de conocimientos.

Un estudio recientemente publicado respecto al conocimiento logrado en ciberterapia (Haley et al., 2010), señala que un tratamiento de seis semanas mejora significativamente y en la misma relación que un tratamiento tradicional el conocimiento sobre la enfermedad. Este resultado se hace muy importante si se considera que la psicoeducación fuese solo la entrega de conocimiento ya que diversos estudios han señalado la poca cobertura que existe de este tipo de tratamientos (Rummel-Kluge et al., 2006).

Un resultado complementario al presente estudio y muy importante señalar al inicio de la discusión, es la utilización de un cuestionario auto-aplicado de creación propia que permite valorar los conocimientos de los familiares de forma rápida y sencilla con una confiabilidad alta. Este cuestionario viene a ser un aporte a las entrevistas disponibles (Barrowclough et al., 1987; Lacruz et al., 1999; Muela-Martínez, 1999; Muela-Martínez y Godoy-García, 2001).

Esta escala permitiría la valoración del conocimiento de la familia de forma breve, cómoda y precisa. Por ejemplo, en una sala de espera, mientras se aguarda una cita. Futuras investigaciones deben profundizar en el desarrollo de este instrumento.

### ***Efectos sobre los conocimientos generales***

Dejando de lado el asunto del instrumento, un resultado interesante y que también supera las ambiciones del presente estudio pero que es importante señalar es que el conocimiento sobre la enfermedad va aumentando a medida que pasa el tiempo. Es por ello que el grupo control aumenta su conocimiento sin mayor intervención específica en el seguimiento de nueve meses que se realizó. Ahora, los resultados descriptivos indican que el efecto de aumento del conocimiento puede ser aumentado significativamente mediante la aplicación de intervenciones específicas como la psicoeducación.

Debe señalar que estadísticamente se demuestra que el tratamiento tradicional y el online generan un mayor conocimiento general que la situación control. Es decir ambos tratamiento producen una diferencia importante en cuanto a la cantidad y calidad de los conocimientos que manejan los cuidadores de personas con esquizofrenia.

### ***Efectos sobre los conocimientos errados***

Uno de los objetivos fundamentales del elemento psicoeducativo de la psicoeducación es la disminución de los conocimientos errados y mitos que los cuidadores mantienen sobre la enfermedad y su afrontamiento (Kuipers et al., 2004). Es por ello que se valoraron los conocimientos errados; en este caso, los errores van disminuyendo también a medida que pasa el tiempo. En cuanto al efecto de las intervenciones se produce un efecto a discutir: la intervención online pareciera no disminuir los conocimientos errados sobre la enfermedad que mantienen de los cuidadores; inclusive en el grupo online la disminución es significativamente menor que en el grupo control, por lo que podría sostenerse que la ciberterapia podría incluso favorecer la mantención de algunos conocimientos errados sobre la enfermedad.

Una de las explicaciones de este resultado puede estar relacionada con la independencia que logran los participantes en un formato online. La libertad de acción y autonomía que se favorece en el contexto online puede llevar a que los participantes busquen, comprendan, recuerden e interpreten la información disponible en *psicoED* de tal forma que se reafirmen algunos conocimientos erróneos. Es posible que la falta de directividad y la independencia en que se desarrolla en el ciber-tratamiento afecte de menor manera pensamientos que se encuentran más enraizados en la visión que los cuidadores tienen de la enfermedad. Por otro lado, la interacción directa y grupal del tratamiento tradicional puede generar un mayor refuerzo de los conocimientos correctos lo que se traduce en su disminución significativa al

compararla con los otros dos grupos experimentales. Y, en términos conductuales; la interacción grupal puede potenciar el efecto de los castigos que realizan los terapeutas ante conocimientos erróneos (Por ejemplo, al corregir un pensamiento erróneo respecto a la causa de la enfermedad).

En cuanto al efecto de los tratamientos en los errores; puede sostenerse que el tratamiento online, al ser más autónomo y guiado por el propio usuario, puede producir un menor efecto sobre mitos y conocimientos errados. Es decir, en el tratamiento online se aumenta el conocimiento ya que se accede a más información en un formato multimedia; el problema sería la modificación del conocimiento con el que ya cuentan los participantes y que por su calidad errónea debiese de ser modificado. En esta tarea de modificación cognitiva, el formato online utilizado no es efectivo, por lo que sería conveniente realizar algunas modificaciones que potencien la posibilidad de impacto sobre conocimientos erróneos. Para lograr este efecto de modificación cognitiva debiesen de desarrollarse actividades como las propuestas en las web de tratamientos cognitivos para la depresión; es decir, acciones que busquen modificación de pensamientos irracionales.

Estos efectos tan específicos que se han detectado en *psicoED* no han sido totalmente descritos en la bibliografía científica y deben ser abordado por futuras investigaciones que permitan conocer qué efectos tiene la educación y entrega de información en el marco online respecto a creencias erróneas. Al respecto, algunos estudios señalan que es posible realizar estos cambios pero que se deben realizar acciones de re-estructuración cognitiva específicos.

Un aspecto clínico importante que se podría establecer de acuerdo a este resultado es que aquellos cuidadores que cuentan con un alto nivel de conocimiento errados y mitos sobre la enfermedad de su familiar debiesen recibir una atención tradicional más que una online.

### ***Efectos sobre el conocimiento profundo sobre la enfermedad***

A modo de recordatorio se debe señalar que se hace referencia a conocimiento profundo aquél que refleja una comprensión detallada de algunos de los aspectos valorados en cuanto a conocimiento. Por ejemplo, respecto a la sintomatología, implica conocer y describir al menos dos síntomas fundamentales de la esquizofrenia; o con respecto a la medicación conocer el fármaco, su dosis y las tomas que debe realizar el paciente.

Se debe señalar que tanto el grupo tradicional como *psicoED* producen un aumento significativo del conocimiento profundo de la enfermedad al ser comparado con la situación control; es decir en este aspecto ambos tratamientos son similares pero radicalmente diferentes a la no intervención.

En este estudio, se observa que el conocimiento profundo o complejo sobre la enfermedad aumenta con el mero efecto del tiempo, pero que este aumento puede ser potenciado mediante la aplicación de intervenciones específicas como la psicoeducación. Respecto al efecto diferencial de cada tratamiento experimental, es la ciberterapia la que genera un efecto levemente mayor.

### ***Efectos sobre conocimientos específicos***

En cuanto al **conocimiento sobre el diagnóstico**, es importante señalar que este aumenta de manera similar en los tres grupos del estudio. De este modo, puede decirse que los cuidados habituales (grupo control), ya generan un conocimiento del diagnóstico de la enfermedad de un familiar.

El efecto **sobre las causas de la enfermedad** suele relacionarse con un menor criticismo, ya que se atribuyen las conductas de la persona enferma a un padecimiento y no a la voluntad (Anderson et al., 1988). En este caso, al inicio del tratamiento se reconocen que se sabe poco sobre las causas de la enfermedad, inclusive en el grupo tradicional se mantienen conocimientos errados. Transcurridos los nueve meses de seguimiento, el grupo online es el que mejora más sus conocimientos sobre las causas de la enfermedad; el grupo tradicional también mejora pero en menor medida; aunque estadísticamente esta diferencia no es significativa. Mientras, el grupo control disminuye el conocimiento sobre las causas de la enfermedad volviéndose erróneo y probablemente crítico.

Este resultado nuevamente favorece al desempeño y utilidad de la ciberterapia en la entrega de conocimiento ya que logra una diferencia significativa con el grupo control que no alcanza el grupo tradicional; es decir en este aspecto la ciberterapia genera un mejor resultado que la atención tradicional.

Por otro lado, llama la atención el aumento de errores en cuanto a las causas del grupo control. Probablemente la atribución causal en condiciones de aislamiento y problemas de acceso reflejen, más bien, contenidos idiosincráticos y no conocimiento científico.

En cuanto a los **conocimientos sobre los tratamientos** que reciben sus familiares, los cuidadores parecieran no modificar mayormente su comprensión mediante la aplicación de tratamiento, aunque de forma significativa el grupo online tiene mayor conocimiento al respecto una vez transcurridos nueve meses de tratamiento. Nuevamente en este caso, la posibilidad de revisar y repasar información de una forma multimedia puede estar generando esta pequeña diferencia.

En cuando al **conocimiento del rol de la familia** en los cuidados y la rehabilitación, llama la atención que desde un inicio el grupo control se encuentra desfavorecido y que el paso del tiempo pareciera producir una desorientación y confusión en cuanto al rol que deben ejercer. Las familias que reciben tratamiento conocen de mejor manera su rol y la forma en que deben apoyar los tratamientos, pero este efecto parece ser mayor en el grupo tradicional; siendo significativa la diferencia con el grupo control en ambos tipos de tratamientos.

Nuevamente, este resultado señala la importancia que tiene una alternativa que facilite el acceso a intervenciones en salud mental y específicamente en psicoeducación para cuidadores de personas con esquizofrenia. Por ejemplo en Alemania, Austria y Suiza menos del 2% de los cuidadores recibirían una intervención psicoeducativa (Rummel-Kluge et al., 2006) y que el rango en Europa de los cuidadores que reciben este tipo de apoyo va entre el 5 y el 15% (Magliano et al., 2005).

Existe una leve diferencia a favor del grupo tradicional en comparación con el online. Esta pequeña diferencia que no alcanza una diferencia estadística en cuanto a lo cambios en el conocimiento sobre el rol familiar podría ser explicada por la posibilidad de intercambio grupal en la instancia tradicional, la que permite conocer la experiencia de otros, reflexionar y participar activamente en la resolución de problemas propios y de otras familias. Este elemento puede estar algo menos presente en la situación online que se desarrolló de forma más individual. Asimismo, se debe señalar la poca utilización que se hizo del foro de familias que tenía como objetivo teórico el brindar apoyo mutuo lo que podría haber potenciado un efecto sobre el conocimiento del rol de la familia.

Uno de los conocimientos que parecieran ser más importante en la prevención de recaídas y en la disminución de la tasa de hospitalizaciones en los grupos psicoeducativos pareciera ser el **conocimiento de los pródromos** con que cuentan los cuidadores. Un familiar que puede identificar signos de alarma y al saber reaccionar ante ellos puede actuar a tiempo y estabilizar una crisis evitando una recaída o un ingreso (Andersson, 2009). Al respecto, nuevamente es

posible reconocer un efecto de las intervenciones psicoeducativas, así como del paso del tiempo; siendo el efecto de las intervenciones más potente. Si bien ambos tratamientos se diferencian de manera significativa con el grupo control, nuevamente el grupo tradicional pareciera tener mayor efecto y probablemente, este resultado que no es estadísticamente significativo, se deba al efecto potenciador de la instancia grupal en donde los asistentes no sólo reflexionan sobre su propia realidad, sino que tienen la oportunidad de nutrirse de la experiencia de otros.

Los tratamientos psicoeducativos también parecieran tener efecto sobre el **conocimiento sobre el curso de la enfermedad** ya que transcurridos nueve meses los grupos que reciben tratamiento aumentan el conocimiento sobre el curso de la enfermedad de manera mayor que el grupo control. Al respecto, es importante señalar la situación de desconocimiento y confusión en que deben encontrarse las familias que no logran acceder a este tipo de intervenciones. Por otro lado, al parecer en este punto el efecto de la condición online pareciera ser mayor pero sólo desde un punto de vista descriptivo ya que no logra una significación estadística.

Es importante volver a insistir que los resultados indican que los tratamientos tienen un efecto significativo de mejoría al compararlos con la situación control y que estos efectos se notan tanto en el análisis intra-sujeto como inter-sujeto. En cuanto a la situación intra-sujeto los efectos son menores en el conocimiento sobre el tratamiento y el rol familiar; y específicamente en el grupo online en el curso de la enfermedad.

En síntesis, al parecer los resultados de este estudio indican que existirían efectos diferenciales en cada uno de los tratamientos. Por ejemplo, pareciera ser que en todas aquellas instancias en que la dinámica grupal es potenciadora del cambio, el grupo tradicional tiene un mayor efecto que el tradicional (conocimiento con mayor componentes sociales); así también ocurre en situaciones que requieren una re-estructuración cognitiva protocolarizada. Mientras, el efecto mayor de la ciberterapia se daría en la adquisición de conocimiento informativo donde llega a ser superior al tratamiento tradicional.

Estos resultados apuntan a cierta complementariedad de los efectos de los tratamientos tradicional y online, lo que lleva a plantear que el uso combinado de ambos modos de información sería más efectivo que cada uno por separado.

## ***Apoyo social***

Como se señala en los antecedentes del estudio, suele señalarse que internet brinda un espacio de apoyo social que puede beneficiar, por ejemplo, a grupos aislados. Es por ello que se planteó una hipótesis que planteaba el aumento del apoyo social mediante la aplicación de una ciberterapia.

Los resultados apuntan en una dirección contraria, de hecho es el grupo control quien obtiene una puntuación más alta, sobre todo en la dimensión de apoyo instrumental. Contrariamente a lo esperado y siempre a un nivel descriptivo; el grupo online obtiene la más baja puntuación en apoyo social, y sobre todo en la dimensión de apoyo instrumental.

Los resultados de estadística inferencial descartan que haya diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en alguna de las dimensiones del apoyo social, lo que indica que las diferencias descriptivas obtenidas pueden ser producto del azar. Por otro lado, en el *focus group* los participantes señalan que gracias a la tecnología implementada en casa han tenido la oportunidad de contactar a familiares; es decir existe una incongruencia entre la estadística inferencial por un lado y los resultados descriptivo y cualitativos por otro. Dejando de lado la significación estadística del resultado, pueden realizarse algunos razonamientos que permitan establecer algunas explicaciones a los resultados.

Un primer punto a abordar se refiere al mayor apoyo social instrumental que reconocen los miembros del grupo control por sobre los grupos que reciben tratamiento; inclusive, los miembros de este grupo aumentan la percepción de apoyo social a medida que pasa el tiempo, mientras que en los grupos de tratamiento tienden a disminuir. Por un lado, puede sostenerse que realmente los miembros del grupo control cuentan una positiva percepción del apoyo social; pero también puede sostenerse que esta percepción pueda estar condicionada por otros factores.

Primero se debe volver a plantear qué es el apoyo social instrumental; este se refiere a un tipo de apoyo que se caracteriza por recepción de ayuda de otras personas en conductas concretas: por ejemplo, tengo ayuda cuando estoy enfermo (De la Revilla, Bailón, De Dios, y Delgado, 1991; Sherbourne y Stewart, 1991). Desde este punto de vista, las personas del grupo control tienen una percepción de que cuentan con personas que les ayudan en problemas concretos de su vida; quizás por esto mismo es que a pesar que se les ha indicado el tratamiento algunos de ellos lo rechazan. Es decir, puede ser que algunos miembros que participaron del grupo en situación control tienen la sensación que cuentan con la ayuda

necesaria y por ello no requerirían de apoyo psicoeducativo. Por otro lado, en el entorno rural es fundamental el apoyo instrumental; por ejemplo para acudir a una cita médica los vecinos con coche suelen ayudar en el transporte.

El problema de señalar que los miembros del grupo control no percibían la necesidad de psicoeducación es que la visión de los profesionales que derivaron al estudio señala que si requerirían de esta ayuda; lo que devela una contradicción. Ante ella es posible señalar que quizás lo que ocurre es que por una actitud negadora los miembros del grupo control, a pesar del aislamiento, tienen la sensación de que cuentan con apoyo; como forma de no controlar la angustia ante el aislamiento. Por otro lado, puede ser que la vivencia del apoyo social en el entorno rural sea diferente a la percepción que se tiene en entornos urbanos.

Los familiares que participaron en el grupo focal señalaron que el programa había potenciado el contacto con la red social; pero esto no se ha traducido en una mejora del apoyo social valorado mediante una escala cuantitativa; este resultado apunta a que si bien la tecnología puede favorecer el contacto, este aumento de frecuencia de contacto no siempre se traduce en una sensación de mayor apoyo social. Quizás, para lograr que este contacto se traduzca en una mayor apoyo social se debiesen de realizar acciones específicas y orientadas a tal objetivo; sólo así el aumento de posibilidades de contacto podría traducirse en un efecto cualitativo para las personas enfermas y sus cuidadores.

También, en el *focus grup*, las familias identifican a *psicoED* como un programa útil que le brinda guía, acompañamiento, apoyo emocional y que facilita el contacto con la red social. Al parecer, el que estos resultados no generen diferencias significativas con el grupo control puede estar indicando que su efecto puede ser no muy alto, pero que la plataforma y la intervención online tendrían un potencial al respecto que debe ser aprovechado, pero que requeriría acciones específicas para ello.

Lamentablemente, los objetivos del presente estudio son superados por estos planteamientos y no es posible resolverlos con mayor precisión. Lo que sí es importante es que el resultado de este estudio contradice la noción de que las ciberterapias y el uso de internet brindan mayor apoyo social. En este caso, lo correcto sería afirmar que ninguna de los tratamientos psicoeducativos estudiados genera diferencias en cuanto al apoyo social con la situación control. Como elemento preocupante, es necesario señalar que los cuidadores de personas que padecen enfermedades crónicas, como lo es entre otras la esquizofrenia; suelen



desarrollar conductas que tienden al aislamiento y por ellos se hacen necesarias intervenciones que brinden apoyo social (McFarlane, 2002).

### ***Sugerencias y futuras investigaciones***

Las sugerencias y futuras líneas de investigación pueden estar relacionadas con las psicoeducaciones, la atención rural y la organización de los servicios y las ciberterapias.

### ***Sugerencias y futuras investigaciones sobre las psicoeducaciones***

Sobre las psicoeducaciones la presente investigación puede ser considerada una tercera generación de modelos psicoeducativos en esquizofrenia debido a la utilización de tecnologías y desarrollar un trabajo a distancia. La experiencia de este estudio indica en la necesidad de desarrollar modelos y formatos de psicoeducación para entorno rurales y que consideren las dificultades de acceso de este colectivo.

Por otro lado se debe profundizar en la incorporación de apoyos mediante tecnologías en este tipo de intervenciones, por ejemplo en los denominados talleres informativos. En este estudio, el desempeño de la ciberterapia fue mejor en el componente informativo de la psicoeducación, de modo que se debiesen aprovechar estas ventajas para mejorar y facilitar los tratamientos psicoeducativos.

Asimismo, en esta experiencia se produjo una importante participación de hermanos, por lo que se debe desarrollar investigación respecto a la psicoeducación filial, conociendo los efectos de la convivencia con un hermano que padece esquizofrenia.

Asimismo, las publicaciones ya sugieren el traspaso del modelo psicoeducativo a todas las enfermedades graves prolongadas, sobre todo aquellas que son objeto de atención familiar. Así, la psicoeducación parece ser útil en todos aquellos cuadros en que el estrés tiene un efecto modulador o pronóstico. Es por ello que se deben desarrollar modelos específicas para cada enfermedad.

También deben desarrollarse formas para afrontar el reconociendo efecto de extinción de la psicoeducación a partir de los dos años. En este campo la ciber-psicoeducación puede tener un rol importante para prolongar los efectos beneficiosos de este tipo de tratamientos. Así, la

ciberterapia psicoeducativa debe ser probada como tratamiento de continuación y seguimiento, incluyendo la biblio-terapia y la atención asincrónica. Del mismo modo, el uso de breves recursos multimedia, como videos cortos, pueden permitir que los efectos de la psicoeducación se mantengan. A lo largo de este estudio, se ha valorado el uso del teléfono y para afrontar este efecto de extinción el teléfono puede ser un medio útil.

Finalmente respecto a la psicoeducación, en este estudio se utilizó un nuevo instrumento para valorar conocimientos sobre la enfermedad, futuras investigaciones también debiesen orientarse a profundizar en este paso en la valoración rápida y simple de los conocimientos sobre la esquizofrenia.

### ***Sugerencias y futuras investigaciones sobre la atención rural y la organización de servicios***

En cuanto a la organización de servicios, las ciberterapias exigirán ciertas modificaciones a la estructura y arquitectura de los dispositivos de atención. Por ejemplo, se debe contar con salas de ciberterapia.

Por otro lado, y particularmente en España, se deben reconocer y acreditar los servicios de tele-atención, de modo que puedan ser valorados y costeados por la sanidad pública. Este procesos requerirá la especificación respecto a qué es una tele-atención, quienes la realizan y cuál es el valor. Es de esperar que dentro de las posibles tele-atenciones se incluya a las ciberterapias; aunque debido al poco apoyo que le brindan los propios profesionales de la psicología quizás quede excluida de esta institucionalización.

Siguiendo con la organización de servicios, la presente investigación valora y apoya la utilización del teléfono como medio de prestación en salud. Lamentablemente no existe un reconocimiento de este medio, ni tampoco una valoración de las acciones realizadas telefónicamente. Al respecto, los servicios deben realizar ajustes para la incorporación de los nuevos desarrollos tecnológicos asumiendo flexibilidad y creatividad en la incorporación de nuevas acciones que apunten a la eficacia.

Uno de los resultados de este estudio apunta a que podrían existir diferencias entre el apoyo social percibido en la ruralidad en comparación a aquél percibido en un entorno urbano; es necesario profundizar al respecto de forma de ajustar las acciones que se realizan en uno y otro entorno poblacional.

Algo similar ocurre en cuanto a la satisfacción con el servicio. La escala utilizada en este estudio tiene una muy baja consideración de la dimensión de accesibilidad. En entornos rurales este puede ser un importante componente de la satisfacción con un servicio, de modo que debiesen realizarse escalas ajustadas al entorno rural. Estas peculiaridades del entorno rural también pueden afectar otro tipo de medidas.

### ***Sugerencias y futuras investigaciones sobre las ciberterapias***

El presente estudio aporta resultados contradictorios respecto a los efectos de internet en cuanto a apoyo social. Si viene existe información que pareciera apoyar la opinión respecto a que internet es un medio que brinda apoyo social, los resultados obtenidos en este estudio apuntan a que internet no necesariamente brinda este tipo de sostén. Al parecer, desde el punto de vista cualitativo no existen contradicciones y puede ser que el instrumento utilizado sea poco sensible al apoyo social que se brinda a través de internet. Es por todo lo anterior que se requieren mayores estudios al respecto.

En cuanto a los procesos ciberterapéuticos, se hace necesaria mayor investigación respecto a procesos inespecíficos de las relaciones terapéuticas en el ciberespacio. Al respecto, se deberían replicar gran parte de los estudios desarrollados en psicoterapia pero esta vez en el marco online de modo de profundizar respecto a los procesos de cambio en ciberterapias.

Específicamente en cuanto a la alianza de trabajo en un marco online, se debe brindar información respecto a si existen elementos diferenciales en cuanto a la alianza online y la tradicional, de modo de definir si es correcto utilizar los mismo instrumentos.

El presente estudio señala las dificultades en la aceptación de las ciberterapias por parte de los profesionales, al respecto deben realizarse estudios que determinen si existen asociaciones con formación, edad y experiencia en el uso de ordenadores. Asimismo, se deben desarrollar orientaciones para facilitar procesos de implementación de ciberterapias.

En general, los estudios sobre ciberterapias van orientados hacia elementos específicos de los usuarios como rasgos de personalidad. La continua investigación respecto a la incorporación de nuevos avances tecnológicos y nuevas psico-tecnologías y, por sobre todo, en la implementación de ciberterapias en servicios de atención tradicional y real.

Una línea específica de investigación es el uso de *smartphones* o teléfonos inteligentes como medio para acceder a ciberterapias y tratamientos en salud mental.

### ***Sugerencias y futuras investigaciones sobre el e-learning***

Se debe señalar que la presente investigación aporta conocimiento sobre diversos ámbitos como la salud mental, la atención rural, la psicoeducación, usabilidad y otros tópicos. Uno de ellos surge de los resultados en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad. Éstos resultados indican que algunos elementos del conocimientos se aprenden de mejor manera de forma tradicional y otros de forma *online*. Esta complementariedad en el uso de dos formatos instructivos puede tener consecuencias en la formación y en el *e-learning* que debe ser investigado, por ejemplo, realizando estudios experimentales que comparen un método con otro.

## ***VII. CONCLUSIONES***

A continuación se da respuesta a los objetivos, hipótesis y preguntas que guiaron la presente investigación. La organización de las conclusiones sigue cada uno de los objetivos específicos y las hipótesis que se plantearon en cada una de ellas; los objetivos cualitativos se concluyen con un resumen de los resultados encontrados.

### **1. Desarrollar una plataforma online que permita el desarrollo de ciberterapias y específicamente psicoeducación.**

Se cuenta con una plataforma online denominada *psicoED* que ha sido utilizada durante el presente estudio. Esta plataforma ha sido juzgada por expertos, utilizada por profesionales y familias que han brindado orientación empírica respecto a las mejoras y ajustes necesarios para su utilización. Se cuenta con manuales para su utilización por parte de informáticos, profesionales de la salud y usuarios finales.

### **2. Desarrollar un tratamiento psicoeducativo mediante ciberterapia utilizando la plataforma online denominada *psicoED*.**

En cuanto al objetivo de desarrollar un tratamiento psicoeducativo mediante ciberterapia utilizando la plataforma online denominada *psicoED* se concluye que fue posible desarrollar un

tratamiento para seis familias apoyado en internet con una duración de más de nueve meses; el desarrollo de esta aplicación concluyó en resultados satisfactorios y una gran experiencia que permite orientar futuras experiencias en ciberterapias. Los resultados de esta experiencia apuntan a que la ciberterapia es un complemento útil y eficaz a la atención tradicional.

### **3. Conocer los aspectos tecnológicos que pueden determinar la implementación de una alternativa de tratamiento mediante ciberterapia en la provincia de Zamora.**

En cuanto al objetivo de conocer los aspectos tecnológicos que pueden determinar la implementación de una alternativa de tratamiento mediante ciberterapia en la provincia de Zamora, el presente estudio concluye que un primer paso para la implementación de ciberterapias es la formación de los profesionales en ciberterapia así como la elección de las diferentes psico-tecnologías a utilizar y el modelo de financiamiento que sostendrá el servicio de ciberterapia. Al mismo tiempo, se debe desarrollar una difusión y sensibilización entre profesionales y usuarios de los servicios; durante esta etapa también deben realizarse la elección del hardware a utilizar. Un segundo paso es ofrecer la ciberterapia a posibles usuarios lo que al mismo tiempo establece el inicio de los estudios de factibilidad técnica que posibiliten la comunicación mediante internet. Es importante señalar que en la situación en que los usuarios dispongan de su propia conexión igualmente es necesario conocer las características de la misma, así como del ordenador y hardware del que disponen.

La tercera fase consiste en la implementación en domicilio o primeras pruebas con la plataforma de ciberterapia. En seguida, comienza la cuarta fase que correspondería al desarrollo de las intervenciones ciberterapéuticas. Un elemento tecnológico importante es el monitoreo de la plataforma y las acciones en situaciones de emergencia tecnológica como caídas de la web u otras amenazas.

En definitiva, el presente estudio aporta un detallado desarrollo de los asuntos relacionados con los aspectos tecnológicos y de implementación que pueden afectar a una ciberterapia.

**4. Conocer variables que pueden influir en el desarrollo de un tratamiento mediante ciberterapia como el programa *psicoED* en familiares de personas con esquizofrenia en la provincia de Zamora.**

En cuanto al objetivo de conocer variables que pueden influir en el desarrollo de un tratamiento mediante ciberterapia como el programa *psicoED* en familiares de personas con esquizofrenia en la provincia de Zamora, se concluye que un factor fundamental es la baja cobertura de internet en la población objetivo del presente estudio: la población con dificultades de acceso. La provincia de Zamora y en general la población rural así como tienen dificultades de acceso al transporte y otros servicios, también tiene dificultades para el acceso a internet.

Específicamente, se abordan las resistencias tanto de familiares como de los profesionales; los problemas técnicos y las carencias en la cobertura de internet. También la necesidad de motivación y liderazgo en el servicio que pretende desarrollar una ciberterapia. Y las necesidades que se deben satisfacer en los usuarios para que una ciberterapia pueda constituirse en una herramienta para ellos.

**5. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a una intervención psicoeducativa tradicional en cuanto a las expectativas que generan ambas intervenciones.**

**i. Las expectativas del tratamiento ciberterapéutico serán más negativas en comparación a las expectativas del tratamiento tradicional.**

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las expectativas que presentan las familias a las que se les ofrece un tratamiento tradicional cara a cara o un tratamiento mediante ciberterapia. Los resultados descriptivos establecen expectativas algo más positivas para el tratamiento mediante ciberterapia así como una leve preferencia por recibir la atención de forma tradicional; así como indican similares resultados en la medida de aversión. La ciberterapia mediante *psicoED* obtiene mejores expectativas en las dimensiones de: lógica del tratamiento; satisfacción; recomendación a otras personas; y utilidad en la situación personal. Mientras, el tratamiento tradicional obtiene una puntuación descriptivamente más alta en las dimensiones de utilidad en otro tipo de situaciones; y de comodidad en la comunicación grupal en relación a la comunicación mediante videoconferencia.

- ii. Las expectativas que se generen ante la propuesta de ciberterapia se relacionarán con la experiencia en el uso de ordenadores.**

Los resultados indican que existe una tendencia hacia auto-atribuirse una adecuada capacidad para manejar la tecnología. Del mismo modo no hubo una asociación significativa entre la capacidad auto-atribuida en el manejo de ordenadores y la puntuación general de expectativas. La capacidad auto-atribuida se correlacionó significativamente con atribuirle lógica al tratamiento y sentirse cómodo en relacionarse con otros mediante tecnología.

**6. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a una intervención psicoeducativa tradicional en cuanto a la satisfacción con la intervención.**

- iii. El tratamiento tradicional tendrá una satisfacción más alta que la satisfacción que resulta del tratamiento mediante *psicoED*.**

Ambos tipo de tratamiento obtuvieron puntuaciones similares en cuanto a la encuesta de satisfacción; la única diferencia se halló en que la ciberterapia mediante *psicoED* fue valorada como mejor de lo esperado por sobre el tratamiento tradicional. La utilidad de los diferentes recursos de los tratamientos fueron por sobre el 60% de aprobación, siendo los elementos más valoradas las explicaciones de los terapeutas en ambos casos.

**7. Comparar el desempeño de la plataforma *psicoED* frente a una intervención psicoeducativa tradicional en cuanto a los requerimientos de tiempo para los profesionales.**

- iv. El tratamiento a distancia mediante *psicoED* requerirá de menor tiempo por parte del terapeuta que el tratamiento tradicional.**

El tratamiento tradicional requirió menor demanda de tiempo que el tratamiento mediante *psicoED*. En el marco tradicional el tiempo promedio por sesión y usuario fue de 46 minutos; mientras que en el grupo online fue de 53,7; eliminando la primera sesión y el desplazamiento domiciliario. Así, el ciberterapia implica un 16% de más demanda del tiempo profesional que el tratamiento tradicional.



**8. Describir y comparar la frecuencia de contactos y el tipo de contactos que se establecen en un tratamiento tradicional y uno mediante ciberterapia mediante *psicoED*.**

**v. El tratamiento mediante ciberterapia superará al tratamiento online en cuanto a la frecuencia total de contactos.**

El tratamiento ciberterapéutico mediante *psicoED* generó más contactos que el tratamiento tradicional, incluyendo contactos mediante videoconferencia, correo electrónico, contacto telefónico y encuentros cara a cara. El tratamiento tradicional sólo superó a *psicoED* en la cantidad de los contactos individuales o unifamiliares cara a cara, como contactos extraordinarios y fuera del protocolo de psicoeducación.

**9. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a una intervención psicoeducativa tradicional en cuanto al establecimiento de la alianza de trabajo.**

**vi. No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la medida de alianza de trabajo en un tratamiento online y aquella que se produce en un tratamiento tradicional.**

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de alianza de trabajo señaladas entre los usuarios que recibieron uno u otro tratamiento psicoeducativo.

**10. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a un grupo control y un tratamiento tradicional en cuanto al conocimiento que obtienen los participantes tras nueve meses de tratamiento.**

**vii. El aumento en cuanto al conocimiento será más alto en el grupo tradicional en comparación con los resultados en el grupo online y control.**

La mejora o el aumento del conocimiento no fue más alta en el grupo tradicional al compararlo con el programa *psicoED*. El tratamiento mediante *psicoED* en comparación al tradicional fue más efectivo en aumentar los conocimientos sobre el conocimiento total; la profundidad del conocimiento; la disminución de conocimiento erróneo y potencialmente dañino; causas de la esquizofrenia; y los tratamientos. Por otro lado, el tratamiento tradicional fue más efectivo en aumentar el conocimiento respecto al rol de la familia y de los pródromos.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en las dimensiones sobre el conocimiento del diagnóstico y del curso de la enfermedad.

Ambos tratamiento psicoeducativos generaron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones en comparación con la situación control.

**viii. El programa *psicoED* logrará un aumento del conocimiento en comparación al grupo control.**

Ambos tratamientos psicoeducativos generaron diferencias significativas en todos los niveles del conocimiento de la enfermedad abordados al compararlos con el grupo control. De este modo el programa *psicoED* logró un aumento del conocimiento en comparación con la situación control.

**11. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a un grupo control y un tratamiento tradicional en cuanto al apoyo social que obtienen los participantes transcurridos nueve meses de tratamiento.**

**ix. El aumento del apoyo social será más alto en el grupo tradicional en comparación con los resultados en el grupo online y control.**

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones del apoyo social entre las tres situaciones experimentales estudiadas.

**x. El programa *psicoED* logrará un aumento del apoyo social en comparación al grupo control.**

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el apoyo social percibido por los miembros del grupo control y quienes recibieron el tratamiento mediante *psicoED*.

**12. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a un grupo control y un tratamiento tradicional en cuanto a la satisfacción con el servicio de psiquiatría que se genera en los participantes transcurridos nueve meses de tratamiento.**

- xi. El aumento de la satisfacción con el servicio de psiquiatría será mayor en el tratamiento tradicional en comparación con los resultados en el grupo online y control.**

Sólo se hallaron diferencias significativas entre las tres situaciones experimentales en la dimensión de accesibilidad de la satisfacción con el servicio; no así en las dimensiones de satisfacción global; información; implicación familiar; competencia y profesionalidad; y eficacia. En este caso la diferencia estadísticamente significativa de la dimensión accesibilidad se debe a la mejor valoración de este aspecto que realizaron los participantes que recibieron el tratamiento *psicoED*.

- xii. El grupo que recibe ciberterapia tendrá una mayor satisfacción con el servicio que el grupo control.**

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con el servicio entre los grupos control y *psicoED*.

**13. Comparar los resultados de la plataforma *psicoED* frente a un grupo control y un tratamiento tradicional en cuanto a la salud general de los participantes transcurridos nueve meses de tratamiento.**

- xiii. El grupo tradicional producirá mejores resultados en la escala de salud en comparación a los resultados del tratamiento online y la situación control.**

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la escala de salud en la comparación de las tres situaciones experimentales. Se debe señalar que desde la situación previa al tratamiento el funcionamiento social de quienes conformaban la muestra de usuarios de *psicoED* obtuvieron una mejor puntuación en la variable de disfunción social. El efecto del tratamiento tradicional fue eliminar esta diferencia significativa.

- xiv. El tratamiento ciberterapéutico generará una mejora en los resultados de salud general en comparación a la situación control.**

Tanto al inicio como al finalizar el estudio los usuarios de la plataforma *psicoED* presentaron puntuaciones diferentes y estadísticamente significativas en la variable de disfunción social en comparación con el grupo control.

**14. Describir la valoración de usabilidad que plantean los usuarios de la plataforma de ciberterapia denominada *psicoED*.**

- xv. La plataforma *psicoED* obtendrá una puntuación de usabilidad alta.**

La plataforma *psicoED* obtuvo puntuaciones que indican una moderada usabilidad.

**15. Describir el sentido de presencia que aprecian los usuarios de la plataforma de ciberterapia denominada *psicoED*.**

- xvi. El sentido de presencia evaluado por los usuarios de *psicoED* será alto.**

La puntuación obtenida por la plataforma *psicoED* en la escala de sentido de presencia fue alta (86%), siendo las puntuaciones más bajas por sobre el 70%.

**16. Conocer la visión de los participantes de la experiencia de un tratamiento mediante ciberterapia en la plataforma *psicoED* desde el punto de vista cualitativo.**

Los usuarios de *psicoED* reconocen que la propuesta de un tratamiento mediante ciberterapia les generan expectativas positivas que favorecen la intervención, así como negativas que pueden desembocar en el rechazo de utilizar esta alternativa de tratamiento. A lo largo de la intervención los usuarios de *psicoED* señalan una sensación de satisfacción y comodidad con el tratamiento ciberterapéutico; atribuyendo utilidad a *psicoED*. Asimismo, los participantes del tratamiento ciberterapéutico señalan que el contacto con el terapeuta es cercano y que tienen la impresión de haber desarrollado un vínculo con el tratante. Por otro lado, los usuarios de *psicoED* reconocen elementos que se relacionan con una experiencia negativa con la utilización de *psicoED*. Algunas de ellas se refiere a dificultades de usabilidad; la falta de tiempo para aprovechar la alternativa; así como elementos propios de la ciberterapia.

Un elemento señalado como negativo fue la frialdad del diseño de la plataforma *psicoED*. Otro asunto que generó desagrado fueron las dificultades para comprender algunos elementos y características de la plataforma, como los foros. Asimismo, algunos elementos tecnológicos de la ciberterapia como el uso de una cámara web y el contacto mediante videoconferencia o la necesidad de manejar la tecnología, son elementos de experiencia negativa.

Los usuarios y así como tienen una apreciación crítica en cuanto a algunos elementos de *psicoED*, también tienen la impresión de que utilizar la plataforma es fácil de aprender e que incluso favorece el aprecio por la tecnología. Finalmente en cuanto a los resultados de la plataforma los usuarios concuerdan que genera apoyo y acceso a servicios; que les permite valorar la tecnología y sentir al servicio de psiquiatría más cercano; inclusive se le atribuye una utilidad general más allá de los objetivos propios de la psicoeducación.



## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, J. A. M., Klein, B., y Ciechowski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 360-375.
- Abney, P., y Maddux, C. (2004). Counseling and technology: Some thoughts about controversy. *Journal of Technology in Human Services*, 22(3), 1-24.
- Abramowitz, I. A., y Coursey, R. D. (1989). Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 232-236.
- AEN. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. *Cuadernos Técnicos*, 6.
- Aguirre del Busto, R., Álvarez-Vázquez, J., Armas-Vázquez, A., Araujo-González, R., Bacallao-Gallestey, J., y Barrios-Osuna, J. e. (2005). *Lectura de filosofía, salud y sociedad*. La Habana: Ciencias Médicas.
- AIMC. (2007, Mayo 2007). Audiencia de internet en EGM. *Estudio General de Medios* Abril/Mayo 2007. Extraído 18 de Octubre, 2007, desde <http://www.aimc.es/aimc.php>
- AIMC. (2010). *Audiencia de internet*. Madrid: AIMC, Asociación para la investigación de medios de comunicación. Extraído 25 de Noviembre, 2010, desde <http://www.aimc.es/aimc.php>
- AIMC. (2011). *Audiencia de internet*. Madrid: AIMC, Asociación para la investigación de medios de comunicación. . Extraído 26 de Febrero, 2011, desde <http://www.aimc.es/aimc.php>
- Ainsworth, M. (2001). The ABC's of internet therapy: E-Therapy: History and Survey. Extraído 26 de Agosto, 2010, desde <http://www.metanoia.org/imhs/history.htm>
- Alcañiz, M., Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C., Rey, B., Lozano, J. A., et al. (2003). Internet-based telehealth system for the treatment of agoraphobia. *CyberPsychology & Behavior*, 6(4), 355-358.

- Aleman, C. (1997). *Psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de Eugene T. Gendlin*. Madrid: Declee De Brouwer.
- Alexander, J., y Zeibland, S. (2006). The web-bringing support and health information into the home: The communicative power of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 389-391.
- Amenson, C. S., y Liberman, R. P. (2001). Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(5), 589-592.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., y Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Anderson, C. M., Reiss, D. J., y Hogarty, G. E. (1988). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther*, 47(3), 175-180.
- Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kald, V., y Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(5), 456-461.
- Andersson, G., Carlbring, P., y Cuijpers, P. (2009). Internet interventions: Moving from efficacy to effectiveness. *E Journal of Applied Psychology*, 5(2), 18-24.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 677-686.
- Andreasen, N. C. (1989a). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). *British Journal of Psychiatry*, 155(7), 53-58.
- Andreasen, N. C. (1989b). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Conceptual and theoretical foundations. *British Journal of Psychiatry*, 155(7), 49-52.
- Andreasen, N. C., Arndt, S., Miller, D., Flaum, M., y Nopoulos, P. (1995). Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and update. *Psychopathology*, 28(1), 7-17.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus.[see comment]. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
- Andrews, G., Issakidis, C., y Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Andrins, D. (2009). Microsoft anuncia SeniorPC un nuevo modelo de ordenador para personas mayores. Extraído 19 de Julio, 2010, desde <http://www.gigle.net/microsoft-anuncia-seniorpc-un-nuevo-modelo-de-ordenador-para-personas-mayores/>
- APA. (1997, 1997). Statement on services by telephone, teleconferencing an internet by Ethics Comitee of the Amercian Psychoogical Association. 1997. Extraído 22 de Octubre, 2007, desde <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>
- APA. (2000). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- APA. (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia* (2 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.



- Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., y Perin, J. (2005). The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization among the Residents of a Rural Region. *Health Services Research, 40*, 135-156.
- Arévalo-Ferrera, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de Psicología, 43*, 169-193.
- Armstrong, W.G. (2006). A meta-analysis comparing face-to-face psychiatry and telepsychiatry. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*(1-B).
- Aron, A., y Aron, E. (2002). *Estadística para psicólogos*. Madrid: Pearson Prentice House.
- Artal, J., Vázquez-Barquero, J. L., Rodríguez-Pulido, F., Gaité, L., García, E., Ramírez, N., et al. (1997). Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS-54). *Archivos de Neurobiología, 60*(2), 185-200.
- Baños, R., Botella, C., Alcañiz, M., Liaño, V., Guerrero, B., y Rey, B. (2004). Immersion and Emotion: Their Impact on the Sense of Presence. *CyberPsychology & Behavior, 7*(6), 734-741.
- Baños, R., Cebolla, A., Zaragoza, I., Botella, C., y Alcañiz, M. (2009). Electronic PDA dietary and physical activity registers in a weight loss treatment program for children: a description of the etiope personal digital assistant system. *Journal of Cybertherapy & Rehabilitation, 2*(3), 235.
- Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior, 23*(2), 971-984.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2/4), 109-160.
- Barbopoulos, A., y Clark, J. M. (2003). Practising psychology in rural settings: issues and guidelines. *Canadian Psychology, 44*(4), 410-424.
- Barch, D. M. (2008). Emotion, motivation, and reward processing in schizophrenia spectrum disorders: What we know and where we need to go. *Schizophrenia Bulletin, 34*(5), 816-818.
- Barrowclough, C., y TARRIER, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. London: Chapman & Hall.
- Barrowclough, C., TARRIER, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S., y Freeman, H. L. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *British Journal of Psychiatry, 151*(1), 1-8.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1*(251-264).
- Becerra-García, J. A. (2008). El constructo emoción expresada en la esquizofrenia. *Revista Electrónica portalesmédicos.com, 3*(7), 134.
- Beckner, V., Howard, I., Vella, L., y Mohr, D. C. (2010). Telephone-administered psychotherapy for depression in ms patients: Moderating role of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 33*(1), 47-59.
- Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., et al. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(2), 144-150.

- Bee, P. E., Bower, P., Gilbody, S., y Lovell, K. (2010). Improving health and productivity of depressed workers: A pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 337-340.
- Bengston, V. L., y Schrader, S. S. (1982). Parent-child relationships. En D. J. Mangen y W. A. Peterson (Eds.), *Research Instruments in Social Gerontology*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Benito-Sánchez, J. A. (2009). *Efectividad de la prestación de atención a la salud mental a través de un equipo de salud mental itinerante rural: Avances en equidad en salud mental en el ámbito rural*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.
- Berger, M., Wagner, T.-H., y Baker, L.-C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61(8), 1821-1827.
- Berkovec, T. D., y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue of therapy rationales. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 3, 257-260.
- Bermejo, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. *Interpsiquis*, 5(3).
- Biocca, F., y Nowak, K. (1999). "I feel as if I'm here, inside the computer": Toward a theory of presence in advanced virtual environments. Ponencia presentada en el congreso Communication and Contradictions: Embracing Differences Through Discourse de la International Communication Association.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., y et al. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., y Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67.
- Birchwood, M., y Tarrrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Bischoff, R.J., Hollist, C., Smith, C., y Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 179-189.
- Boletín Oficial del Estado. (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, 43084-43099.
- Borras, P., Fibla, M., y Villó, C. (1996). Prevalencia de la morbilidad psíquica en la consulta de atención primaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 38, 56-60.
- Botella, C. (2008). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica (The use of new information and communication technology in Clinical Psychology). *UOC Papers. Revista sobre la sociedad del conocimiento*.
- Botella, C., Banos, R., Guillén, V., Perpina, C., Alcaniz, M., y Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the internet. *CyberPsychology & Behavior*, 3(6), 959-968.

- Botella, C., Baños Rivera, R. M., Guillén Botella, V., García Palacios, A., Jorquera Rodero, M., y Quero Castellano, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*.
- Botella, C., Etchemendy, E., Castilla, D., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., et al. (2009). An e-health system for the elderly (Butler Project): A pilot study on acceptance and satisfaction. *CyberPsychology & Behavior*, *12*(3), 255-262.
- Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R. M., y Quero, S. (2009). Cybertherapy: Advantages, Limitations, and Ethical Issues. *PsychNology Journal*, *7*(1), 77-100.
- Botella, C., Hofmann, S. G., y Moscovitch, D. A. (2004). A self applied, Internet based intervention for fear of public speaking. *Journal of clinical psychology*, *60*(8), 821-830.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Breton-López, J., Alcaniz, M., et al. (2008). TelePsychology and Self-Help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, *11*(6), 659-664.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., y 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.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., et al. (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and e Health*, *10*(1), 13-24.
- Bouchard, S., Payeur, R., Rivard, V., Allard, M., Paquin, B., Renaud, P., et al. (2000). Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *CyberPsychology and Behavior*, *3*(6), 999-1007.
- Bower, P., y Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 11-17.
- Breitborde, N. J., Moreno, F. A., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B., et al. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *11*, 9.
- Brenes, G. A., McCall, W., Williamson, J. D., y Stanley, M. A. (2010). Feasibility and acceptability of bibliotherapy and telephone sessions for the treatment of late-life anxiety disorders. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, *33*(1), 62-68.
- Brenner, H. D., y Pfammatter, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? . *Acta psychiatrica Scandinavica*, *102*(407), 74-77.
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, *49*(7), 963-964.
- Brown, G. W., Birley, J. L., y Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, *121*, 241-258.
- Buksti, A. S., Munkner, R., Gade, I., Roved, B., Tvarno, K., Gotze, H., et al. (2006). Important components of a short-term family group programme. From the Danish National Multicenter Schizophrenia Project. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*(3), 213-219.
- Camacho, B. (2005). Crianza y esquizofrenia. *Salud mental*, *28*(2), 59-50.
- Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G., y Wyatt, R. J. (1982). Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *8*(3), 470-484.
- Cantalapiedra, F. (2004). La ciudad de Zamora, ejemplo mundial por su conexión a Internet, se queda sin hilos. *El País*.

- Carlbring, P., y Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22(545-553).
- Carlbring, P., Ekselius, L., y Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(2), 129-140.
- Carlbring, P., Westling, B.-E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., y Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32(4), 751-764.
- Carpenter, W. T. J., y Buchanan, R. W. (1994). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 331(4), 681-690.
- Casey, D., y Murphy, K. (2009). Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Researcher*, 16(4), 40.
- Cassidy, T., y Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 265-277.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., y Riva, G. (2003a). From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *CyberPsychology and Behavior*, 6(4), 375-382.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., y Riva, G. (2003b). New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 33-44.
- Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D.-E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., Dev, P., et al. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 650-657.
- Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L. L., et al. (2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2), 112-126
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., et al. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4(3), 326-331.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2002). *Ética y deontología para psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Conde, V., Franco-Martín, M., y Macías, J. (1994). Introducción a las aplicaciones informáticas en psicología médica y psiquiatría. *Informaciones Psiquiátricas*, 135(6), 9-19.
- Cook, J.E., y Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology and Behavior*, 5(2), 95-105.
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). Características psicométricas de la versión española del inventario de la alianza terapéutica y teoría del cambio. *Psicothema*, 16(4), 702-705.

- Crow, T. J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137, 383-386.
- Crowe, J., Falloon, I., Froggatt, D., Leff, J., Johnson, D. L., Leggatt, M., et al. (1998). *Families as Partners in Care: A Document Developed to Launch a Strategy for the Implementation of Programs of Family Education, Training, and Support*. Ponencia presentada en la Biennial Conference of the World Schizophrenia Fellowship (WSFAD): Families As Partners In Care, Hamburgo.
- Cucciare, M. A. (2010). Implementation. En *Using technology to support evidence-based behavioral health practices: A clinician's guide* (pp. 225-245). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US.
- Cucciare, M. A., y Weingardt, K. R. (2007). Integrating information technology into the evidence-based practice of psychology. *Clinical Psychologist*, 11(2), 61-70.
- Cunningham, J. A., Humphreys, K., Koski-Jannes, A., y Cordingley, J. (2005). Internet and paper self-help materials for problem drinking: is there an additive effect? *Addictive Behaviors*, 30(8), 1517-1523.
- Chadzynska, M., Meder, J., y Charzynska, K. (2009). The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation-the analysis from the patients' perspective. *Psychiatria Polska*, 43(6), 693-703.
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., y Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 67-76.
- Chang, Y. M., y Wang, C. H. (2009). A study of web-based on-line cognitive therapy: Examples of clients with depressive mood. *Bulletin of Educational Psychology*, 41(1), 45-68.
- Charroalde, J., y Fernández, D. (2006). *Discapacidad en el medio rural*. Madrid: Gráficas Monterreina, S.A.
- Chinchilla-Moreno, A. (2000). *Guía terapéutica de las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- Chinchilla-Moreno, A. (2007). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- Chiu, T., y Henderson, J. (2005). Developing Internet-Based Occupational Therapy Services. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(6), 626-630.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., y Jorm, A.-F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7434), 265-269.
- Church, E., Cornish, P., Callanan, T., y Bethune, C. (2008). Integrating self-help materials into mental health practice. *Canadian Family Physician*, 54(10), 1413-1417.
- D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., y Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
- Davison, G. C. (2000). Stepped care: doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 580-585.
- Day, R. A. (1994). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Publicación científica 526*. (3ª ed. Vol. 120). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- De Haan, L., Van Raaij, B., Van den Berg, R., Jager, M., Houweling, P., Stockmann, M., et al. (2001). Preferences for treatment during a first psychotic episode. *European Psychiatry*, 16(2), 83-89.
- De las Cuevas, C., y Gonzáles de Rivera, J. L. (1993). Historia natural de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 9(7), 279-281.
- De las Cuevas, C., Arredondo, M. T., Cabrera, M. F., Sulzenbacher, H., y Meise, U. (2006). Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment. *Telemedicine journal and e health*, 12(3), 341-350.
- De la Revilla, L., Bailón, E., De Dios, J., y Delgado, A. V. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- Degmecic, D., Pozgain, I., y Filakovic, P. (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Collegium antropologicum*, 31(4), 1111.
- Del Moral, M. E., y Villalustre, L. (2005). Adaptación de los entornos virtuales a los estilos cognitivos de los estudiantes: un factor de calidad en la docencia virtual *Pixel-Bit. Revista de Medios y educación*, 26, 16-25.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., y Covi, L. (1974a). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 7(0), 79-110.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., y Covi, L. (1974b). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15.
- Derrig-Palumbo, K., y Zeine, F. (2005). *Online therapy: a therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton.
- Devilly, G. J., y Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86.
- Dixon, L. B., Adams, C., y Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5-20.
- Dixon, L. B., y Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 631-643.
- Dixon, L. B., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C. H., Postrado, L., et al. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 207-215.
- Dixon, L. B., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A., y Hoffman, M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the Family-to-family Education Programs. *Psychiatric Services*, 57(7), 965-967.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., y Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: the Peri Life Events Scale. *Journal of health and social behavior*, 19(2), 205-229.
- Dovenna, R. (2009, 12 de Noviembre). *El modelo de TRIESTE (Italia) de atención a las personas con enfermedad mental*. Ponencia presentada en la conferencia La rehabilitación psicosocial en la atención a las personas con enfermedad mental grave y prolongada, Zamora.

- Dunaway, M. O. (2000). Assessing the potential of online psychotherapy. *Psychiatric Times* Extraído 18 de Octubre, 2007, desde <http://www.psychiatrictimes.com/p001058.html>
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., y Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Eaton, T. T., Abeles, N., y Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25, 536-542.
- Elwood, D. L., y Griffin, R. (1972). Individual intelligence testing without the examiner. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38(1), 9-14.
- Endicott, J., y Spitzer, R. L. (1972). What. Another rating scale? The psychiatric evaluation form. *Journal of nervous and mental disease*, 154(2), 88-104.
- Endicott, J., y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 35(7), 837-844.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., y Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general psychiatry*, 33(6), 766-771.
- Ermer, D. J. (1999). Experience with a rural telepsychiatry clinic for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 50(2), 260-261.
- Escamilla, G. (1998). *Manual de metodología y técnicas bibliográficas*. Mexico: UNAM, Instituto de Investigaciones Bibliográficas.
- Escoffery, C., McCormick, L., y Bateman, K. (2004). Development and process evaluation of a web-based smoking cessation program for college smokers: innovative tool for education. *Patient Education and Counselling*, 53(2), 217-225.
- Etchemendy, E., Baños, R. M., Botella, C., y Castilla, D. (2010). Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores: Una aplicación de tecnologías positivas. *Escritos de Psicología*, 1-7.
- Etter, J. F. (2003). Self help smoking cessation in pregnancy. Programmes for smoking cessation can work. *British Medical Journal*, 326, 446.
- EuroStat. (2008). *Internet usage in 2008 Households and individuals*. Bruselas: Europa Press.
- Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducational family intervention. *Journal of Family Therapy*, 20, 293-309.
- Falloon, I. (1988). *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I., Boyd, J., y McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Falloon, I. R. (1988). *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I. R., Boyd, J., y McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Falloon, I. R., y Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P. L., Bagby, M., y Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral program of panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), 7-9.

- Ferrer, M. (2003). Equidad y justicia en Salud. Implicaciones para la bioética. *Acta Bioethica*, 9(1), 113-126.
- Finn, J., y Bruce, S. (2008). The LivePerson model for delivery of etherapy services: a case study. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2), 282-309.
- Fiorillo, A., Bassi, M., de Girolamo, G., Catapano, F., y Romeo, F. (2010). The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: Results from the OASIS Italian multi-centre study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 278-281.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Robinson, D. E., Mittal, D., y Henderson, K. L. (2006). Design and implementation of the telemedicine-enhanced antidepressant management study. *General hospital psychiatry*, 28(1), 18-26.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Williams, D. K., Robinson, D. E., Mittal, D., et al. (2007). A Randomized Trial of Telemedicine-based Collaborative Care for Depression. *Journal of general internal medicine official journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine*, 22(8), 1086-1093.
- Franco-Martín, M. (1999a). Evaluación de un sistema informatizado de orientación temporal (AIRE) vs sistema clínico (MEC). *Anales de Psiquiatría*, 15(4), 145-152.
- Franco-Martín, M. (1999b). Rehabilitación Cognitiva por ordenador. En E. Triana y R. Sanabria (Eds.), *Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Franco-Martín, M. (2000). Computers for memory training: A new way to the early intervention in dementia. *Journal of Dementia Care Essential reading for all those working with people with dementia*, 8(5), 14-23.
- Franco-Martín, M., Bueno-Aguado, Y., Díaz-Bravo, E., y Lorience-García, M. (2000). Nuevas Tecnologías aplicadas a la intervención psicosocial en personas mayores. *Intervención psicosocial*, 9(1), 63-76.
- Franco-Martín, M., Orihuela, T., Cid, T., y al., E. (2000). *Programa Grador. Características generales*. Zamora: Edintras.
- Franco-Martin, M. (2007). *El Servicio de Psiquiatría de Zamora*. Manuscrito no publicado, Zamora.
- Frangou, S., Sachpazidis, I., Stassinakis, A., y Sakas, G. (2005). Telemonitoring of medication adherence in patients with schizophrenia. *Telemedicine journal and e health*, 11(6), 675-683.
- Freeny, M. (2001). Better than being there. *Psychotherapy networker*, March/April, 31-70.
- Friedman-Yakoobian, M. S., de Mamani, A. W., y Mueser, K. T. (2009). Predictors of distress and hope in relatives of individuals with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 46(2), 130-140.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of tratment of schizophrenics by psychoanalytyc psychotherapy. *Psychiatry*, 2, 263-273.
- Fundación INTRAS. (2005). *Programa de psicoeducación para familiares de personas con enfermedad mental grave y prolongada*. Zamora: Fundación INTRAS y Sanidad Castilla y León (Sacyl).
- García-Lizana, F., y Muñoz-Mayorga, I. (2010). What about telepsychiatry? A systematic review. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 12(2).



- García, A. (2009, 4 de Diciembre). Solo 75 poblaciones de Zamora tienen conexión a internet por línea ADSL. *El Norte de Castilla*.
- García, C. E., y Romero, A. (2004). La expansión de la banca on line en España. *Revista de economía de ICE, El comercio en la nueva sociedad de la información*, 813, 89-99.
- Gega, L., Norman, I. J., y Marks, I. M. (2007). Computer-aided vs. tutor-delivered teaching of exposure therapy for phobia/panic: randomized controlled trial with pre-registration nursing students. *Int J Nurs Stud*, 44(3), 397-405.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., y Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, behavior and social networking journal*, 13(1), 29-35.
- Giardina, T.-D. (2006). Evaluation of a Web-based writing intervention as a means of preventing distress and job burnout among professional helpers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(4-B).
- Giles, M. (2001). Internet y Psicoterapia: desarrollos de las aplicaciones clínicas de la Telesalud [Electronic Version]. *Interpsiquis*, 2. Extraído 13 de enero del 2007.
- Girón, M., Fernández-Yañez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., A., N., y M., G.-B. (2010). Efficacy and Effectiveness of Individual Family Intervention on Social and Clinical Functioning and Family Burden in Severe Schizophrenia: a 2-year Randomized Controlled Study. *Psychological Medicine*, 40(1), 73-84.
- Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., y Center, B. (2009). Stepped care treatment of postpartum depression: impact on treatment, health, and work outcomes. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 22(5), 473-482.
- Glasser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory; strategies of qualitative research*. Chicago: Aldine Press.
- Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Alvarez-Jiménez, M., Wade, D., Crisp, K., Newman, B., et al. (2010). Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(4), 475-483.
- Glick, I. D., Haas, G. L., Clarkin, J., Spencer, J. H., Lewis, A., Peyser, J., et al. (1985). Controlled evaluation of inpatient family intervention: Preliminary results of six month follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- Glueckauf, R. L. (2002). Telehealth and chronic disabilities: New frontier for research and development. *Rehabilitation Psychology*, 47(1), 3-7.
- Glueckauf, R. L., Fritz, S. P., Ecklund-Johnson, E. P., Liss, H. J., Dages, P., y Carney, P. (2002). Videoconferencing-based family counseling for rural teenagers with epilepsy: Phase 1 findings. *Rehabilitation Psychology*, 47(1), 49-72.
- Glueckauf, R. L., Pickett, T. C., Ketterson, T. U., Loomis, J. S., y Rozensky, R. H. (2003). Preparation for the delivery of telehealth services: A self-study framework for expansion of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 159-163.
- Glueckauf, R. L., Stine, C., Bourgeois, M., Pomidor, A., Rom, P., Young, M. E., et al. (2005). Alzheimer's Rural Care Healthline: Linking Rural Caregivers to Cognitive-Behavioral Intervention for Depression. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 346-354.
- Glynn, S. M., Randolph, E. T., Garrick, T., y Lui, A. (2010). A proof of concept trial of an online psychoeducational program for relatives of both veterans and civilians living with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(4), 278-287.

- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire (GHQ-28)* Oxford: Oxford University Press.
- Goldstein, M. J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(382), 54-57.
- Goldstein, M. J., y Miklowitz, D. J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 361-376.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E., Evans, J., May, P., y Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- Gollings, E. K., y Paxton, S. J. (2006). Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: a pilot study. *Eating disorders*, 14(1), 1-15.
- Good-Ellis, M. A., Fine, S.-B., Spencer, J. H., y DiVittis, A. (1987). Developing a Role Activity Performance Scale. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(4), 232-241.
- Gottschalk, L. A., Falloon, I. R., Marder, S. R., Lebell, M. B., Gift, T. E., y Wynne, L. C. (1988). The prediction of relapse of schizophrenic patients using emotional data obtained from their relatives. *Psychiatry research*, 25(3), 261-276.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., y Thorogood, M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2).
- Griffiths, K. M., y Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: a powerful tool in the rural medical kit. *Australian journal of rural health, The*, 15(2), 81-87.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., y Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 342-349.
- Grohol, J. M. (1999). Best practices in e-therapy. Extraído 19 de Septiembre, 2007, desde <http://psychcentral.com/best/>
- Gun, S. Y., Titov, N., y Andrews, G. (2011). Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry*, 19(3), 259-264.
- Gunatilake, S., Ananth, J., Parameswaran, S., Brown, S., y Silva, W. (2004). Rehabilitation of schizophrenic patients. *Current Pharmaceutical Design*, 10(18), 2277-2288.
- Gutheil, T. G., y Simon, R. I. (2005). E-mails, Extra-therapeutic Contact, and Early Boundary Problems: The Internet as a 'Slippery Slope'. *Psychiatric Annals*, 35(12), 952-953.
- Gutiérrez, E., Escudero, V., Valero, J. A., Vazquez, M. C., Castro, J. A., Alvarez, L. C., et al. (1988). Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia: Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 275-316.
- Gutierrez Maldonado, J. (2002). Aplicaciones de la realidad virtual en Psicología Clínica. *Aula Médica Psiquiatría*, 2, 92-126.
- Haaga, D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 547-548.

- Haas, G. L., Glick, I., Clarkin, J., Spencer, J. H., Lewis, A., Peyser, J., et al. (1988). Inpatient family intervention: A randomized clinical trial: II. Results at hospital discharge. *Archives of General Psychiatry*, 45(3), 217-224.
- Hahlweg, K., y Wiedemann, G. (1999). Principles and results of family therapy in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(4), 108-115.
- Haley, C., O'Callaghan, E., Hill, S., Mannion, N., Donnelly, B., Kinsella, A., et al. (2010). Telepsychiatry and carer education for schizophrenia. *European Psychiatry*.
- Hampton, N. Z., y Houser, R. (2000). Applications of computer-mediated communications via the Internet in rehabilitation counseling. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 31(3), 3-9.
- Hampton, T. (2006). Researchers provide psychiatric care from afar. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 295(1), 21-22.
- Hardeman, S. M., Harding, R. K., y Narasimhan, M. Simplifying adherence in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 61(4), 405.
- Haro, J. M. (2008). Assessment of remission in schizophrenia with the CGI and CGI-SCH scales. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(2), 156.
- Hassan, Y. (2006). Factores del diseño web orientada a la satisfacción y no-frustración de uso. *Revista española de documentación científica*, 29(2), 239-257.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., y Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapist' shared and uniques views of the therapeutic alliance: an investigaation usiing confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of consulting & clinical psychology*, 63(4):636-43.
- Hauenstein, E. J., Petterson, S., Rovnyak, V., Merwin, E., Heise, B., y Wagner, D. (2006). Rurality and mental health treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 255-267.
- Hedlund, J. L., Vieweg, B. W., y Cho, D. W. (1985). Mental health computing in the 1980s. 11. Clinical applications. *Computers in Human Services*, 1(1), 1-31.
- Hensel, B. K., Parker-Oliver, D., y Demir, G. (2007). Videophone communication between residents and family: a case study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(2), 123-127.
- Hicks, C. L., von-Baeyer, C. L., y McGrath, P. J. (2006). Online Psychological Treatment for Pediatric Recurrent Pain: A Randomized Evaluation. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(7), 724-736.
- Higuera Romero, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23, 275-292.
- Hilty, D. M., Yellowlees, P. M., Cobb, H. C., Neufeld, J. D., y Bourgeois, J. A. (2006). Use of Secure e-Mail and Telephone: Psychiatric Consultations to Accelerate Rural Health Service Delivery. *Telemedicine and e-Health*, 12(4), 490-495.
- Hilty, D. M., Yellowlees, P. M., y Nesbitt, T. S. (2006). Evolution of telepsychiatry to rural sites: changes over time in types of referral and in primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *General hospital psychiatry*, 28(5), 367-373.
- Hill, W., Weinert, C., y Cudney, S. (2006). Influence of a Computer Intervention on the Psychological Status of Chronically ill Rural Women: Preliminary Results. *Nursing Research*, 55(1), 34-42.

- Hoffmann, W. A. (2006). Telematic technologies in mental health caring: A web-based psychoeducational program for adolescent suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(5), 461-474.
- Hogan, T. P., Awad, A. G., y Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine, 13*(1), 177-183.
- Hogarty, G. E., y Anderson, C. M. (1986). Medication, family psychoeducation, and social skills training: first year relapse results of a controlled study. *Psychopharmacology Bulletin, 22*(3), 860-862.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D., Ulrich, R., et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry, 48*(4), 340-347.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*(7), 633-642.
- Honigfeld, G., Gillis, R., y Klett, C. (1966). NOSIE-30: A treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports, 19*(180-182).
- Hornung, W. P., Feldmann, R., Klingberg, S., Buchkremer, G., y Reker, T. (1999). Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons - results of a five-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249*(3), 162-167.
- Horvath, A. O., y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233.
- Horvath, A. O., y Symonds, D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Hoyt, D. R., Conger, R. D., Valde, J. G., y Weihs, K. (1997). Psychological Distress and Help Seeking in Rural America. . *American Journal of Community Psychology, 25*, 449-470.
- Huang, M. P., y Alessi, N. E. (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 153*(7), 861-869.
- Hufford, B. J., Glueckauf, R. L., y Webb, P. M. (1999). Home-based, interactive videoconferencing for adolescents with epilepsy and their families. *Rehabilitation Psychology, 44*(2), 176-193.
- Humphrey, K. M. (2009). *Counseling strategies for loss and grief*. Alexandria, VA: American Counseling Association; US.
- Hurtado, G., Rogers, M., Alcoverro, Ò., y López-Patón, N. (2008). Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36*(2), 120-122.
- Hylar, S. E., Gangure, D. P., y Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectrums, 10*(5), 403-413.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). Estimaciones de la población actual en España calculadas a partir del censo de 2001. *Demografía y Población*. Extraído 1 de

- Septiembre, 2007, desde <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp259&O=inebase&N=&L=>
- Insituto Nacional de Estadísticas. (2010a). Censo de población y viviendas 2001. *Demografía y Población* Extraído 17 de Agosto, 2010, desde <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe242&O=inebase&N=&L=>
- Insituto Nacional de Estadísticas. (2010b). Encuestas de presupuestos familiares. Base 2006. *Nivel, calidad y condiciones de vida*. Extraído 15 de Junio, 2010, desde <http://www1.ine.es/jaxi/menu.do?divi=EPF&per=01&type=db&his=1>
- Insituto Nacional de Estadísticas. (2010c). Estimaciones de la población actual en España calculadas a partir del censo de 2001. *Demografía y Población* Extraído 17 de Septiembre, 2010, desde <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp259&O=inebase&N=&L=>
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J., et al. (2007). Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. *The International journal of eating disorders*, 40(2), 114-119.
- Jahn, T., Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Frobose, T., Kraemer, S., y Bauml, J. (2011). Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. *Psychological medicine*, 41(3), 533-544.
- Junta de Castilla yLeón. (2003). *Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Planificación Sociosanitaria. Junta de Castilla y León.
- Junta de Castilla yLeón. (2004). *Boletín Oficial: Estrategia Regional de accesibilidad*. Extraído 17 de Mayo del 2008. desde <http://www.intras.es/index.php?cod=152&id=350&tiposcontenido=8#>
- Jerome, L. W., y Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional psychology, research and practice*, 31, 478-483.
- Jewell, T. C., Downing, D., y McFarlane, W. R. (2009). Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(8), 868-878.
- Jiménez-García, R., Vázquez-Morejón, A. J., y Vázquez-Morejón, R. (2004). Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 111-120.
- Jiménez, M. (2003). Las redes sin hilos se popularizan en Europa. *Cinco Días, Cinco Red*. Extraído el 17 de Mayo del 2008 desde [http://www.kubiwireless.com/rcs\\_noticias/5dias\\_las\\_redes\\_sin\\_hilos.pdf](http://www.kubiwireless.com/rcs_noticias/5dias_las_redes_sin_hilos.pdf)
- Johnson, D. L. (2003). *Family Education or Behavioral Family Psychoeducation: Making a Choice*. Ponencia presentada en el Segundo Encuentro de Organizaciones Familiares de Latino América, World fellowship for schizophrenia and allied disorder (WFSAD).
- Joinson, A. (2003). *Understanding the psychology of internet behavior virtual worlds, real lives*. Gales, Gran Bretaña: Palgrave Mcmillan.
- Jones, W. P., Staples, P. A., Coker, J. K., y Harbach, R. L. (2004). Impact of visual cues in computer-mediated vocational test interpretation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35(1), 16-22.

- Kane, C. F., y Ennis, J. M. (1996). Health care reform and rural mental health: Severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 445-462.
- Kane, J. M., y Malhotra, A. (2003). The future of pharmacotherapy for schizophrenia. *World Psychiatry*, 2(2), 81-86.
- Kaplan, H., y Sadock, B. (2004). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kasinin, J., Knight, E., y Sage, P. (1934). The parent-child relationship in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 79, 249-263.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kenardy, J., McCafferty, K., y Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 279-289.
- Kenwright, M., Liness, S., y Marks, I. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic. Feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
- Kenwright, M., Marks, I., Gega, L., y Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 448-449.
- Kim, C., y Mueser, K. T. (2011). The Effects of Social Skills Training vs. Psychoeducation on Negative Attitudes of Mothers of Persons with Schizophrenia: A Pilot Study. *Psychiatry Investigation*, 8(2), 107-112.
- King, R., Bambling, M., Lloyd, C., Gomurra, R., Smith, S., Reid, W., et al. (2006). Online counselling: The motives and experiences of young people who choose the internet instead of face to face or telephone counselling. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(3), 1473-3145.
- Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K., et al. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 635-644.
- Klein, B., Richards, J. C., y Austin, D. W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 213-238.
- Klein, B., y Richards, J. C. (2001). A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 113-117.
- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of medical Internet research*, 8(4), e31.
- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates development of a strong therapeutic alliance; a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*(7), 13.
- Koolae, A. K., y Etemadi, A. (2010). The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 634-646.

- Köttgen, C., Sönnihsen, I., Moolenhauer, K., y Jurth, R. (1984). The family relation of young schizophrenic patients: Results of Hamburg Camberwell Family Interview Study I. *International Journal of Family Psychiatry*, 43, 61-94.
- Kovalski, T. M., y Horan, J. J. (1999). The effects of Internet-based cognitive restructuring on the irrational career beliefs of adolescent girls. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 145-152.
- Krawiecka, M., Goldberg, D., y Vaughan, M. (1977). A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 55(4), 299-308.
- Kuipers, E., Leff, J., y Lam, d. (2004). *Esquizofrenia: guía practica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós.
- Kymalainen, J. A., y Weisman de Mamani, A. G. (2008). Expressed emotion, communication deviance, and culture in families of patients with schizophrenia: A review of the literature. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 85.
- La Caixa. (2009). Anuario económico. *Publicaciones* Extraído 4 de Noviembre, 2009, desde <http://www.anuarioeco.lacaixa.comunicacions.com/java/X?cgi=caixa.anuari99.util.ChangeLanguage&lang=es>
- Lacruz, M., Masanet, M. J., Bellver, F., Asencio, A., Ruíz, I., Iborra, M., et al. (1999). Modificaciones en los conocimientos del cuidador sobre la esquizofrenia tras un programa de intervención familiar. *Archivos de Neurobiología*, 62, 49-64.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21(2), 423-441.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Van de Ven, J. P., Schrieken, B., y Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Lange, A., Van de Ven, J. P., y Schrieken, B. (2003). Interapy: Treatment of post-traumatic stress via the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 110-124.
- Laqueur, H. P., LaBurt, H. A., y Morong, E. (1964). Multi family therap: Further development. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 83-94.
- Larsen, J. A. (2007). Symbolic healing of early psychosis: psychoeducation and sociocultural processes of recovery. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31(3), 283-306.
- Lasalvia, A., Stefani, B., y Ruggeri, M. (2000). Needs for care in psychiatric patients: a systematic review. I. General concepts and assessment measures. Needs for services. *Epidemiology and Psychiatry*, 9, 190-213.
- Lauber, C., Keller, C., Eichenberger, A., y Rossler, W. (2005). Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 259-264.
- Lavallee, A. (2006). E-therapy: More people are turning to instant messaging and online therapy for a range of mental health issues because they're fast and anonymous. Extraído 25 de Agosto, 2010, desde <http://www.crchealth.com/press-releases-2006/060425-e-therapy.php>
- Leavitt, G. S., Stone, G., y Wrigley, C. (1954). Let's reduce statistical drudgery. *American Psychologist*, 9(10), 645-646.

- Leff, J. (1997). *Care in the Community: Illusion or Reality?* New York: John Wiley & Sons.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., y et al. (1989). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 58-66.
- Leff, J., Berkowitz, R., y Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up *British Journal of Psychiatry*, *146*, 594-600.
- Leff, J., y Vaughn, C. (1985). *Express emotion in families*. London: The Guilford Press.
- Lefley, H. P. (1990). Culture and chronic mental illness. *Psychiatric Services*, *41*(3), 277.
- Lester, D. (2006). E-therapy: caveats from experiences with telephone therapy. *Psychological Reports*, *99*(3), 894-896.
- Levitt, M. B. (1982). The impact of family intervention on attitudes of key relatives of psychiatric inpatients. *Dissertation Abstracts International*, *43*(5-A).
- Levy, D. M. (1931). Maternal overprotection and rejection. *Archives of Neurology and Psychiatry*, *25*, 249-263.
- Lieberman, R. P. (Ed.). (1993). *Rehabilitaci3n integral del enfermo mental cr3nico*. Barcelona: Mart3nez Roca.
- Lieberman, R. P., Cardin, V., McGill, C.-W., Falloon, I. R., y et al. (1987). Behavioral family management of schizophrenia: Clinical outcome and costs. *Psychiatric Annals*, *17*(9), 610-619.
- Lieberman, R. P., y Kopelowicz, A. (2005). Sustained remission of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *162*(9), 1763-1764.
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., y Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* *14*, 256-272.
- Lieberman, R. P., Korpelowicz, A., y Young, A. (1994). Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Behavior Therapy*, *25*(1), 89-107.
- Lieberman, R. P., y Silbert, K. (2005). Community re-entry: development of life skills. *Psychiatry*, *68*(3), 220-229.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., y Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *96*(1-3), 232-245.
- Linden, M., Pyrkosch, L., y Hundemer, H. P. (2008). Frequency and effects of psychosocial interventions additional to olanzapine treatment in routine care of schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(5), 373-379.
- Linszen, D., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Nugter, A., Scholte, P., Lenior, R., et al. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, *26*(2), 333-342.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., y Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: a randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(4), 649-661.
- Lobo, A., P3rez-Echeverr3a, M., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. *Psychological Medicine*, *16*, 135-140.



- López, R., Soto-Pérez, F., Velásquez, J. C., y Franco-Martín, M. (2007, 17 de Octubre). *Intervención psicoeducacional en Familiares de esquizofrénicos*. Ponencia presentada en el XII Congreso Bilbaíno de Salud Mental, Vizcaya, España.
- Lorenz, K. (1953). *King Solomon's ring: new light on animal ways*: Psychology Press.
- Luo, J. S. (2008). Telemedicine: Is it time now? *Primary Psychiatry*, 15(2), 27-30.
- Llorca-Ramón, G., y Ledesma-Jimeno, A. (2010). *La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino*. Salamanca: Real Academia de Medicina de Salamanca.
- MacGregor, A. D., Hayward, L., Peck, D. F., y Wilkes, P. (2009). Empirically grounded clinical interventions clients' and referrers' perceptions of computer-guided CBT (FearFighter). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1), 1-9.
- Macinko, J. A., y Starfield, B. (2002). Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, 1.
- MacMillan, J., Gold, A., Crow, T. J., y Johnston, E. C. (1986). Express emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*(148), 133-143.
- Magana, A.-B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., y et al. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry research*, 17(3), 203-212.
- Magliano, L., y Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(1), 22-34.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., et al. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4(1), 45-49.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De-Rosa, C., y Maj, M. (2006). Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. *Psychiatric Services*, 57(2), 266-269.
- Magliano, L., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Morosini, P. L., y Maj, M. (1996). A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: development and factor analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 224-228.
- Maheu, M. M. (2003). The online clinical practice management model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 20-32.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., y 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(1), 9-17.
- Martin, D. J., Garske, J. P., y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Martin, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., et al. (1996). Adaptaciones para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver burden interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338-345.
- Masserman, J. (Ed.). (1964). *Current psychiatric therapy*. New York: Grune & Stratton.

- Matano, R.-A., Koopman, C., Wanat, S.-F., Winzelberg, A.-J., Whitsell, S.-D., Westrup, D., et al. (2007). A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption. *Journal of substance abuse treatment*, 32(1), 71-80.
- Mateu, C., Campillo, C., González, R., y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: Una revisión *Revista de psicología clínica y psicopatología*, 15(1), 1-18.
- May, C. R., Ellis, N. T., Atkinson, T., Gask, L., Mair, F., y Smith, C. (1999). Psychiatry by videophone: a trial service in north west England. *Studies in health technology and informatics*, 207-210.
- McCrone, P., Marks, I. M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., y McDonough, M. (2009). Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: a pilot economic evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 91-99.
- McDonough, M., y Marks, I. M. (2002). Teaching medical students exposure therapy for phobia/panic - randomized, controlled comparison of face-to-face tutorial in small groups vs. solo computer instruction. *BMC Medical Education*, 36(5), 412-417.
- McFarlane, W. R. (1994). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New directions for mental health services*, 62, 13-22.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: The Guilford Press.
- McFarlane, W. R., Dixon, L. B., Lukens, E., y Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245.
- McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., y Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34(2), 127-144.
- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., y Deakins, S. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679-687.
- McGinty, K. L., Saeed, S. A., Simmons, S. C., y Yildirim, Y. (2006). Telepsychiatry and e-mental health services: potential for improving access to mental health care. *The Psychiatric quarterly*, 77(4), 335-342.
- McGrath, P. J., Humphreys, P., Keene, D., Goodman, J. T., Lascelles, M. A., Cunningham, S., et al. (1992). The efficacy and efficiency of a self-administered treatment for adolescent migraine. *Pain*, 49(3), 321-324.
- McKenna, K. Y. (1999). The computers that bind. Relationship formation on the Internet. *Dissertation Abstracts International Section-A: Humanities and Social Sciences*, 59(7-A), 2236.
- Medalia, A., y Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophrenia bulletin* 31(4), 942-953.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meeuwissen, J. A., Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Marwijk, H. W., Rijnders, P. B., y Donker, M. C. (2008). A stepped care programme for depression management: an uncontrolled pre-post study in primary and secondary care in The Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 8, 21, 1-11

- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., y Fukuzawa, K. (2007). Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*(1), 20-24.
- Mintz, L., Neuchterkein, K., Goldstein, M. J., Mintz, J., y Snyder, K. (1989). The initial onset of schizophrenia and family express emotion: some methodological consideration. *British Journal of Psychiatry*, *39*, 212-217.
- Momparler, A. (2008). *El desarrollo de la banca electrónica en España. Un análisis entre entidades online y tradicionales en España y en Estados Unidos*. Universidad politécnica de Valencia, Valencia.
- Montero, I., y Asencio, A. (2002). La intervención familiar en el tratamiento integral de la esquizofrenia. *Archivos de Psiquiatría*, *65*(1), 39-53.
- Montero, I., Bonet, A., Puche, E., y Gómez Beneyto, M. (1988). Adaptación española del DAS II (Disability assesment schedule). *Psiquis*, *9*(5), 175-180.
- Montero, I., y Gómez Beneyto, M. (1993). Funcionamiento social medido por medio del DAS II en una muestra de pacientes esquizofrénicos seguidos a lo largo de dos años. *Psiquis*, *14*(10), 352-358.
- Montero, I., Masanet, M. J., Bellver, F., y Lacruz, M. (2006). The long-term outcome of 2 family intervention strategies in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, *47*(5), 362-367.
- Montero, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Asencio, A., y García, E. (2006). Intervencion familiar en la esquizofrenia: Efecto a largo plazo en los cuidadore principales. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *34*(3), 169-174.
- Montero, I., y Ruíz, I. (1992). La entrevista familiar Camberwell: (CFI). *Revista de la Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria*, *12*(42), 199-202.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Muela-Martínez, J. A. (1999). *Programa de intervención familiar en esquizofrenia*. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Granada, Granada.
- Muela-Martínez, J. A., y Godoy-García, J. F. (2001a). Programa de intervención familiar en esquizofrenia. Dos años de seguimiento del Estudio de Andalucía. *Apuntes de Psicología*, *19*, 421-430.
- Muela-Martínez, J. A., y Godoy-García, J. F. (2001b). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, *13*(1), 1-6.
- Muela-Martínez, J. A., y Godoy-García, J. F. (2002). Family intervention programme in schizophrenia: Two-year follow-up of the Andalusia study. *Psychology in Spain*, *6*, 56-60.
- Muñoz, P., Vázquez-Barquero, J. L., Rodríguez, F., Pastrana, E., y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, *42*, 139-158.
- Murdoch, J. W., y Connor-Greene, P. A. (2000). Enhancing therapeutic impact and therapeutic alliance through electronic mail homework assignments. *Journal of psychotherapy practice and research*, *The*, *9*(4), 232-237.
- Murray, C. J., y López, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global Burden of Disease Study. *Lancet*, *349*(9064), 1498-1504.

- Myers, K., y Cain, S. (2008). Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1468-1483.
- Myers, K., Valentine, J., y Melzer, S. (2007). Feseability, acceptability, and sustainability of telepsychiatry for children and adolscentes. *Psychiatric Services*, 58(11), 1493-1496.
- National Institute on Anging. (2001, 2007). New cheklist show how to make web sites senior friendly. Extraído 26 de Agosto, 2007, desde <http://www.nia.nih.gov/news/pr/2001/0222.htm>
- National Health Service: Centre for Reviews and Dissemination. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Effective Health Care*, 6(3), 1-8.
- Nelson, E. L., Bui, T. N., y Velasquez, S. E. (2011). Telepsychology: Research and practice overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 67-79.
- NetMarketShare. (2010). Browser market share. Extraído 19 de Julio, 2010, desde <http://marketshare.hitslink.com/browser-market-share.aspx?qprid=0>
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of clinical psychology*, 59(3), 251-274.
- Newman, M. G., Kenardy, J., Herman, S., y Taylor, C. B. (1997). Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 178-183.
- NICE. (2002, 2007). Issues guidance on computerized cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: *Technology Appraisal Guindance* 51. Extraído 18 de Septtiembre, 2007, desde <http://guidance.nice.org.uk/TA97/?c=91523>
- Nicholas, D.-B., y Keilty, K. (2007). An evaluation of dyadic peer support for caregiving parents of children with chronic lung disease requiring technology assistance. *Social Work in Health Care*, 44(3), 245-259.
- O'Reilly, R., Bishop, J., Maddox, K., Hutchinson, L., Fisman, M., y Takhar, J. (2007). Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatric services*, 58(6), 836-843.
- Oesterheld, J., Travers, H., Kofoed, L., y Hacking, D.-M. (1999). An introductory curriculum on telepsychiatry for psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 23(3), 165-167.
- Oliver, J. (1991). The social care directive development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Sciences Review*, 3(1), 5-45.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meridor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *The World Health Organization Disability Assessment Schedule II* Ginebra, Suiza: Worl Health Organization.
- Ondersma, S. J., Svikis, D.-S., y Schuster, C. R. (2007). Computer-Based Brief Intervention: A Randomized Trial with Postpartum Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(3), 231-238.
- Onor, M. L., y Misan, S. (2005). The clinical interview and the doctor-patient relationship in telemedicine. *Telemed J E Health*, 11(1), 102-105.

- Otero, V., Navascues, D., y Rebolledo-Moller, S. (1990). Escala de desempeño psicosocial. Adaptación Española del SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule). *Psiquis*, 11(10), 39-47.
- Overall, J. E., y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 799-812.
- Oviedo, H. C., y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Pagano, R. R. (1999). *Estadística para las ciencias del comportamiento* (5ª ed.). Mexico: International Thomson Editores.
- Pai, S., y Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.
- Patten, C. A., Croghan, I. T., Meis, T. M., Decker, P. A., Pingree, S., Colligan, R. C., et al. (2006). Randomized clinical trial of an Internet-based versus brief office intervention for adolescent smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 249-258.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Peck, D. F. (2010). The therapist-client relationship, computerized self-help and active therapy ingredients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(2), 147-153.
- Pekkala, E., y Merinder, L. (2006a). Psicoeducación para la esquizofrenia [Versión Electrónica]. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 1-54. Extraído 23 de Enero del 2007 desde [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=12076455](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12076455)
- Peralta-Martin, V., y Cuesta-Zorita, M. J. (1989). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia: valoración por medio del inventario psicopatológico de Frankfurt (FBF-3). Resultados iniciales. *Actas luso españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 17(4), 255-262.
- Peralta-Martin, V., y Cuesta-Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22(4), 171-177.
- Pereira, M. I. (2003). *Evaluación de la satisfacción y expectativas de los usuarios de un servicio de salud mental*. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Pérez-Fuster, A., Ballester-Gracia, M., Girón-Gimenez, M., y Gómez-Beneyto, M. (1989a). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17, 25-31.
- Pérez-Fuster, A., Ballester-Gracia, M., Girón-Gimenez, M., y Gómez-Beneyto, M. (1989b). Fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17(2), 111-118.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., y Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia [Revisión Cochrane traducida]. En La Biblioteca Cochrane Plus (Ed.), *Oxford: Update Software* (Vol. 1, pp. 1-73). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S. R., y Hewett, S. (1980). The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15(1), 43-55.
- Pollio, D. E., North, C. S., Osborne, V., Kap, N., y Foster, D. A. (2001). The impact of psychiatric diagnosis and family system relationship on problems identified by families coping with a mentally ill member. *Family Process*, 40(2), 199-209.
- Pollock, S. L. (2006). Internet Counseling and Its Feasibility for Marriage and Family Counseling. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(1), 65-70.
- Posner, C. M., Wilson, K. G., Kral, M. J., Lander, S., y McIlwraith, R. D. (1992). Family psychoeducational support groups in schizophrenia. *American journal of orthopsychiatry, The*, 62(2), 206-218.
- Pull, C. B. (2006). Self-help internet interventions for mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 50-53.
- Ramírez-Moreno, J. M., Giménez-Garrido, J., Álvarez-González, A., Saul-Calvo, M., Bermudo-Benito, E., Cabanillas-Jado, A., et al. (2007). Programa piloto de atención a pacientes con migraña a través de un sistema de telemedicina-teleconsulta en la práctica clínica diaria. *Revista de Neurología*, 45(2), 73-76.
- Randolph, E., Spencer, J. H., Glynn, S., Paz, G., Leong, S., Strachan, A., et al. (1994). Behavioral family management in schizophrenia: Outcome of a clinic-based intervention. *British Journal of Psychiatry*, 164, 501-506.
- Read, J., Mosher, L., Bentall, R., Aderhold, V., Beder, S., Burdett, J., et al. (2006). *Modelos de Locura*. Barcelona: Herder.
- Recupero, P. R., y Rainey, S. E. (2006). Characteristics of e-therapy web sites. *Journal of clinical psychiatry, The*, 67(9), 1435-1440.
- Rees, C.-S., y Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649-653.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., y Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv*, 55(5), 540-547.
- Reynolds, D. A. J., Jr., Stiles, W.-B., y Grohol, J.-M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168.
- Ritterband, L. M., Cox, D.-J., Gordon, T. L., Borowitz, S. M., Kovatchev, B. P., Walker, L. S., et al. (2006). Examining the added value of audio, graphics, and interactivity in an Internet intervention for pediatric encopresis. *Children's Health Care*, 35(1), 47-59.
- Ritterband, L. M., Cox, D. J., Walker, L. S., Kovatchev, B., McKnight, L., Patel, K., et al. (2003). An Internet intervention as adjunctive therapy for pediatric encopresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 910-917.
- Rizzo, A. A., Strickland, D., y Bouchard, S. (2004). The Challenge of Using Virtual Reality in Telerehabilitation. *Telemedicine Journal and e Health*, 10(2), 184-195.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Rodríguez-Pulido, F. (2010a). Un camino de incertidumbre e innovación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 369-371.

- Rodríguez-Pulido, F. (2011). *La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave*. Tenerife: Sinpromi, Sociedad Insular para las Personas con Discapacidad.
- Rodríguez Pulido, F. (Ed.). (2010b). *La recuperación de las Personas con Trastorno Mental Grave: Modelo de red de redes, presente y perspectivas de futuro*. Tenerife: Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife.
- Rodríguez-Pulido, F., García-Ramírez, M., y Rodríguez-Díaz, M. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*, 25(6), 26-43.
- Rogers, C., Gendlin, E., Kiesler, D., y Truax, C. (1967). *The therapeutic relationship with schizophrenics: A study of psychotherapy with schizizophrenics*. Wiconsin: The University of Wiconsin Press.
- Rosen, C. S., DiLandro, C., Corwin, K. N., Drescher, K. D., Cooney, J. H., y Gusman, F. (2006). Telephone monitoring and support for veterans with chronic posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Community Mental Health Journal*, 42(5), 501-508.
- Rotondi, A. J., Haas, G. L., Anderson, C. M., Newhill, C. E., Spring, M. B., Ganguli, R., et al. (2005). A Clinical Trial to Test the Feasibility of a Telehealth Psychoeducational Intervention for Persons With Schizophrenia and Their Families: Intervention and 3-Month Findings. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 325-336.
- Rudnick, A. (2005). Psychiatric leisure rehabilitation: conceptualization and illustration. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 29(1), 63-65.
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Agostini, C., y Bisoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29(265-276).
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., y Bisoffi, G. (1996). Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods i Psychiatric Research*, 6, 23-38.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'Agnola, R., Van Wijngarden, B., Tansella, M., y Epsilon-Study-Group. (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale. European Version. *British Journal of Psychiatry*, 177(39), 41-48.
- Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., Acierno, R., Coffey, S. F., Carpenter, M. J., Ruscio, A. M., et al. (2006). Internet-based intervention for mental health and substance use problems in disaster-affected populations: a pilot feasibility study. *Behavior Therapy*, 37(2), 190-205.
- Rummel-Kluge, C., y Kissling, W. (2008a). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Review of Neurotherapeutic*, 8(7), 1067-1077.
- Rummel-Kluge, C., y Kissling, W. (2008b). Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Current Opinon in Psychiatry*, 21(2), 168-172.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J., y Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia-results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 765-775.

- Rund, B., Moe, L., Sollien, T., Tjell, A., Bochgreving, T., Hallert, M., et al. (1994). The Psychosis project: Outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment program for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 211-218.
- Salut i Força. (2009). Las solicitudes de cita por Internet de los centros de salud del Departamento de Sant Joan de Alicante aumentan un 45 por ciento. Extraído 26 de Abril, 2010
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (1998). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Sánchez-Vidal, A. (2007). *Manual de psicología comunitaria: un enfoque integrado*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Sander, A. M., Clark, A. N., Atchison, T. B., y Rueda, M. (2009). A web-based videoconferencing approach to training caregivers in rural areas to compensate for problems related to traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(4), 248-261.
- Sarason, I. G., Sarason, B.-R., Shearin, E. N., y Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510.
- Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., y Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 154-164.
- Schneider, L. C., y Struening, E. L. (1983). SLOF: A behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Social Work Research and Abstracts*, 19(3), 9-21.
- Schooler, N. R. (2006). Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clinical Psychiatry*, 67(5), 19-23.
- Schooler, N. R., Keith, S., Severe, J., Matthews, S., Bellack, A., Glick, D., et al. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 453-463.
- Schopp, L. H., Demiris, G., y Glueckauf, R. L. (2006). Rural Backwaters or Front-Runners? Rural Telehealth in the Vanguard of Psychology Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(2), 165-173.
- Schopp, L. H., Johnstone, B., y Merrel, D. (2000). Telehealth and neuropsychological assessment: New opportunities for psychologists. *Professional psychology, research and practice*, 31, 179-183.
- Schultze, N.-G. (2006). Success Factors in Internet-Based Psychological Counseling. *CyberPsychology and Behavior*, 9(5), 623-626.
- Seekles, W., Van Straten, A., Beekman, A., Van Marwijk, H., y Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research*, 9, 90.
- Seva, A., y Sarasola, A. (1991). Prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en un comarca rural española. *Comunicación Psiquiátrica*, 17, 129-241.
- Shepherd, L., Goldstein, D., Whitford, H., Thewes, B., Brummell, V., y Hicks, M. (2006). The utility of videoconferencing to provide innovative delivery of psychological treatment for rural cancer patients: results of a pilot study. *Journal of pain and symptom management*, 32(5), 453-461.



- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Sherman, M. D. (2003). The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatric services*, 54(1), 35-37.
- Shore, J. H., Savin, D. M., Novins, D., y Manson, S. M. (2006). Cultural aspects of telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(3), 116-121.
- Skewes, M.-C. (2007). Utep women kick butt! development, implementation, and evaluation of a web-based smoking cessation intervention targeted to Hispanic female college students (Texas). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(11-B).
- Skinner, A. E. G., y Latchford, G. (2006). Attitudes to counselling via the Internet: A comparison between in-person counselling clients and Internet support group users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 158-163.
- Skinner, A., y Latchford, G. (2006). Attitudes to counselling via the Internet: A comparison between in-person counselling clients and Internet support group users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 158-163.
- Smerud, P. E., y Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change process study. *J Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 505-510.
- Smith, J., y Birchwood, M. (1987). Specific and non-specific educational intervention with families living with a schizophrenic relative. *British Journal of Psychiatry*, 150, 645-652.
- Sorbi, M. J., y Riper, H. (2009a). e-Health -- Health care through the internet. *Psychologie & Gezondheid*, 37(4), 191-201.
- Sota, S., Shimodera, S., Kii, M., Okamura, K., Suto, K., Suwaki, M., et al. (2008). Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(4), 379-385.
- Soto-Pérez, F. (2008). *Hacia una aplicación mediante e-terapias del tratamiento psicoeducativo familiar en esquizofrenia*. Tesis d grado de Salamanca no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Soto-Pérez, F., Cid, T., Bueno, Y., Hornero, R., Gil, S., Brezo, M., et al. (2009). psychoED: Online alternative for caregiver's support of elders with dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 136-178.
- Soto-Pérez, F., De vena-Diez, V., Lucas-Cardoso, E., Bueno-Aguado, Y., Orihuela-Villamerriel, T., y Franco-Martín, M. (2011). Ciberterapias: el uso de internet en Salud Mental: Experiencias en el mundo y posibilidades en Chile. En *Socializar Conocimientos* (pp. 259-264). Barcelona: Icaria.
- Soto-Pérez, F., de Vena Diez, V., Lucas Cardoso, E., Bueno Aguado, Y., Orihuela Villameriel, T., y Franco Martín, M. (2010, 26 y 27 de Febrero). *Cyberterapias: el uso de internet en salud mental, antecedentes en el mundo y posibilidades en Chile*. Ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Chilenos, Barcelona.
- Soto-Pérez, F., Franco-Martín, M., Losada, R., Rodríguez, C., Cid, T., y Hornero, R. (2011). psychoed: Online Alternatives for Caregiver's Support of Handicapped People. En M. Jordanova y F. Lievens (Eds.), *Online Global Telemedicine and eHealth Updates, Knowledge Resources* (Vol. 4, pp. 238-241). Luxemburgo: Medetel.

- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M., y Jiménez, F. (2010). Tecnologías y neuropsicología: hacia una ciber-neuropsicología. *Cuadernos de neuropsicología*, 4(2), 112-130.
- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M., Monardes, C., y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de psicología clínica y psicopatología*, 15(1), 19-37.
- Soto-Pérez, F., Gil, S., Orihuela, T., y Franco-Martín, M. (2008, 5 de Junio). *Análisis cualitativo de los grupos de familias en el CRPS de Zamora*. Ponencia presentada en el II Congreso de la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial, Congreso Regional Europeo de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, Bilbao, España.
- Soto-Pérez, F., Monardes-Seemann, C., y Franco-Martín, M. (2007, 11 de Noviembre). *e-terapias: una alternativa posible*. Ponencia presentada en el III Congreso de Rehabilitación y Salud Mental, Salamanca, España.
- Soto-Pérez, F., Monardes-Seemann, C., Franco-Martín, M., Porto-Payán, J. M., y Jacotte-Simancas, A. (2009). e-terapias: una alternativa posible. *Revista de Neurología*, 49(8), 434-446.
- Soto-Pérez, F., Monardes, C., y Franco-Martin, M. A. (2007). *e-terapia: una alternativa posible* Ponencia presentada en el III Congreso de Rehabilitación y Salud Mental. INICO.
- Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., y Lipp, O. V. (2006). The Feasibility and Outcome of Clinic Plus Internet Delivery of Cognitive-Behavior Therapy for Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 614-621.
- Spiegel, H. (1965). Imprinting, hypnotizability and learning factors in the psychotherapeutic process. *The American journal of clinical hypnosis*, 8, 221.
- Strauss, A. L., y Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*: Sage Publications, Inc.
- Strauss, J. R., y Carpenter, W. T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- Suler, J. R. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology and behavior the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 7(3), 321-326.
- Suler, J. R. (2005). Contemporary media forum: The online disinhibition effect. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 2(2), 184-188.
- Symonds, D., y Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 443-455.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., y Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31(3-4), 137-148.
- Szmukler, G. I., Herrman, H., Colusa, S., Benson, A., y Bloch, S. (1996). A controlled trial of a counselling intervention for carigiver of relatives with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 149-155.
- Tarrier, N., y Barrowclough, C. (1995). Family intervention in schizophrenia and their long-term outcomes. *International Journal of Mental Health*, 24, 38-53.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, S., et al. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British journal of psychiatry*, 153,532-542.

- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, S., et al. (1989). Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *The British journal of psychiatry the journal of mental science*, 625-628.
- Tate, D. F., Jackvony, E. H., y Wing, R. R. (2006). A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program. *Archives of internal medicine*, 166(15), 1620-1625.
- Thompson-Reuters. (2010). Citations report 2009. *Journal of Citations Reports*.
- Tietz, T. (1949). A study of mother of schizophrenics parients. *Psychiatry*, 12, 55-65.
- Torres, I. (1996). *¿Qué es la bibliografía?: introducción para estudiantes de Biblioteconomía y Documentación*. Granada: Universidad de Granada.
- Torres-León, A. (2010, 23 de Junio). León es ya la cuarta provincia más envejecida de España. *La Crónica de León*.
- Torrey, E. F. (2006). *Superar la Esquizofrenia*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Tortella-Feliu, M., Botella, C., Llabrés, J., Bretón-López, J. M., del Amo, A. R., Baños, R. M., et al. (2011). Virtual reality versus computer-aided exposure treatments for fear of flying. *Behavior modification*, 35(1), 3.
- Tracey, T. J., y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- Tremont, G., Davis, J. D., Bishop, D. S., y Fortinsky, R. H. (2008). Telephone-delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 7(4), 503-520.
- Trepal, H., Haberstroh, S., Duffey, T., y Evans, M. (2007). Considerations and strategies for teaching online counseling skills: Establishing relationships in cyberspace. *Counselor Education and Supervision*, 46(4), 266-279.
- Troester, A., Paolo, A., Glatt, S., Hubble, J., y Koller, W. (1995). "interactive video conferencing" the provision of neuropsychological services to rural areas. *Journal of Community Psychology*, 23, 85-88.
- Turner, C., Heyman, I., Futh, A., y Lovell, K. (2009). A pilot study of telephone cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 469-474.
- Tutty, S. (2008). *Evaluating the effectiveness of teletherapy in rural depressed adults*. Tutty, Steve: Brigham Young U , US.
- Tutty, S., Spangler, D. L., Poppleton, L. E., Ludman, E. J., y Simon, G. E. (2010). Evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral teletherapy in depressed adults. *Behavior Therapy*, 41(2), 229-236.
- UMTSForum. (2010). Artículos. Extraído 3 de Enero, 2010, desde <http://www.umtsforum.net/tecnologia.asp>
- Urness, D., Wass, M., Gordon, A., Tian, E., y Bulger, T. (2006). Client acceptability and quality of life telepsychiatry compared to in-person consultation. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(5), 251-254.
- Valero, L. (2003). El consejo psicologico a traves de internet: Datos de una experiencia institucional. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 71-88.

- Vallina-Fernández, Ó., y Lemos-Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- Vallina-Fernández, Ó., y Lemos-Giráldez, S. (2002). Los programas de educación familiar en la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 10(2), 287-304.
- Vallina-Fernández, Ó., Lemos-Giraldez, S., García-Saiz, A., Otero-García, A., Alonso-Sanchez, M., y Gutiérrez-Pérez, A.-M. (1998). Tratamiento psicologico integrado de pacientes esquizofrenicos. *Psicothema*, 10(2), 459-474.
- Van't Veer-Tazelaar, P. J., Van Marwijk, H. W., Van Oppen, P., Van Hout, H. P., Van der Horst, H. E., Cuijpers, P., et al. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 297-304.
- Van Hammond, T., y Deans, C. (1995). A phenomenological study of families and psychoeducation support groups. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 33(10), 7-12.
- Van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., et al. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 91-95.
- Vanderwerker, L. C., y Prigerson, H. G. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 45-57.
- Vaughn, C., y Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 157-165.
- Vázquez-Barquero, J. L., Vázquez-Bourgón, E., Herrera-Castanedo, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, E., et al. (2000). Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(2), 77-87.
- Velásquez, J. C., Soto-Pérez, F., Martínez, M. L., Tobón, C., Jurado, P., y S., P. M. (2008, 5 de Junio). *Perfil de los pacientes cuyos familiares asisten a psicoeducación*. Ponencia presentada en el II Congreso de la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial, Congreso Regional Europeo de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, Bilbao, España.
- Vreeland, B., Minsky, S., Yanos, P. T., Menza, M., Gara, M., Kim, E., et al. (2006). Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. *Psychiatric services*, 57(6), 822-828.
- Wade, S. L., Carey, J., y Wolfe, C. R. (2006a). The Efficacy of an Online Cognitive-Behavioral Family Intervention in Improving Child Behavior and Social Competence Following Pediatric Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 179-189.
- Wade, S. L., Carey, J., y Wolfe, C. R. (2006b). An Online Family Intervention to Reduce Parental Distress Following Pediatric Brain Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 445-454.
- Wade, S. L., Wolfe, C. R., Brown, T. M., y Pestian, J. P. (2005). Can a Web-Based Family Problem-Solving Intervention Work for Children With Traumatic Brain Injury? *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 337-345.
- Wade, S. L., y Wolfe, C. (2005). Telehealth interventions in rehabilitation psychology: Postcards from the edge. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 323-324.
- Walters, S. T. (2006). A review of computer an internet-based interventions for smoking behavior. *Addictive Behavior*, 31, 266-277.

- Wancata, J., Freidl, M., Krautgartner, M., Friedrich, F., Matschnig, T., Unger, A., et al. (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), 968-974.
- Ward, J. (1954). Use of Electronic Computers in Psychological Research. *American Psychologist*, 10(12), 826-827.
- Watts, F., y Bennett, D. (1983). Introduction: The Concept of Rehabilitation. En B. Watts (Ed.), *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation* (pp. 3-14). London: John Wiley and Sons Ltd.
- Weisman, A., Tompson, M. C., Okazaki, S., Gregory, J., Goldstein, M. J., Rea, M., et al. (2002). Clinicians' fidelity to a manual-based family treatment as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Family Process*, 41(1), 123-131.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S., y Myers, J. K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of nervous and mental disease*, 166(5), 317-326.
- Weizembaum, J. (1966). ELIZA a computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the ACM*, 9(1), 36-35.
- Welfel, E. R., y Heinlen, K. T. (2010). Ethics in technology and mental health. En *Using technology to support evidence-based behavioral health practices: A clinician's guide* (pp. 267-290). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US.
- Wells, M., Mitchell, K., Finkelhor, D., y Becker-Blease, K. (2007). Online mental health treatment: concerns and considerations. *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 453-459.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry research*, 109(3), 265-280.
- Wikipedia. (2010a). Banca electrónica. Extraído 15 de Julio, 2010, desde [http://es.wikipedia.org/wiki/Banca\\_electr%C3%B3nica](http://es.wikipedia.org/wiki/Banca_electr%C3%B3nica)
- Wikipedia. (2010b). Usability. Extraído 21 de Julio, 2010, desde <http://en.wikipedia.org/wiki/Usability>
- Wikipedia. (2011). Internet. Extraído 14 de Enero, 2011, desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Internet>
- Williamson, D. A., Walden, H. M., White, M. A., York-Crowe, E., Newton, R. L., Jr., Alfonso, A., et al. (2006). Two-year internet-based randomized controlled trial for weight loss in African-American girls. *Obesity*, 14(7), 1231-1243.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., y Sartorius, N. (1974). Measurement and classification of psychiatric symptoms; An instruction manual for the PSE and Catego program.
- Wittson, C. L., Affleck, D. C., y Johnson, V. (1961). Two-way televisión group therapy. *Mental Hospital*, 12(1), 22-23.
- World Wide Web Consortium. (1999, 2006). Web content accesibility guidelines 1.0. Extraído 20 de Octubre, 2007, desde <http://www.w3.org/tf/wai-web-content/>
- Wynne, L. C. (1994). The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 384, 125-132.
- Xia, J., Merinder, L. B., y Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database System Review*, 6, CD002831.

- Xiong, W., Phillips, M. R., Hu, X., Wang, R., Dai, Q., Kleinman, J., et al. (1994). Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 239-247.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the out-patient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125-138.
- Yoshino, A., Shigemura, J., Kobayashi, Y., Nomura, S., Shishikura, K., Den, R., et al. (2001). Telepsychiatry: assessment of televideo psychiatric interview reliability with present- and next-generation internet infrastructures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 223-226.
- Young, K. S. (2005). An Empirical Examination of Client Attitudes Towards Online Counseling. *CyberPsychology and Behavior*, 8(2), 172-177.
- Zabinski, M. F. (2003). An interactive psychoeducational intervention for women at-risk of developing an eating disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(3-B).
- Zabinski, M. F., Pung, M.A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A., et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 401-408.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zastowny, T., Lehman, A. F., Cole, R., y Kane, C. F. (1992). Family management of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive treatment. *Psychiatric Quaterly*, 63, 159-186.
- Zinbarg, R. E., Uliaszek, A. A., y Adler, J. M. (2008). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of Personality*, 76(6), 1649-1688.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., y Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.

## ***IX. ANEXOS***

(Disponibles en CD adjunto)