

# ¿Es efectiva la terapia administrada vía internet para la depresión?: Una Revisión Sistemática

## Is Online Therapy Effective for Depression? A Systematic Review

Claudia Liliana Valencia Granados & Juan Camilo Vargas-Nieto\*

Universidad de los Andes

---

### Cómo citar este artículo:

Valencia, C. L., & Vargas-Nieto, J. C. (2017). ¿Es efectiva la terapia administrada vía internet para la depresión?: Una Revisión Sistemática. *Revista Enfoques*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.24267/23898798.210>

**Derechos de autor:** Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 internacional y 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5 CO)



**Recibido:** agosto 21 de 2016

**Revisado:** agosto 28 de 2017

**Aceptado:** septiembre 05 de 2017

---

\* Psicólogos, Magíster en Psicología Clínica y de la Salud, contacto: [cl.valencia11@uniandes.edu.co](mailto:cl.valencia11@uniandes.edu.co), [jc.vargas13@uniandes.edu.co](mailto:jc.vargas13@uniandes.edu.co)

**Resumen** | El objetivo de este estudio es el de explorar la efectividad clínica de las intervenciones administradas vía internet para la depresión, a partir de la revisión sistemática de artículos de investigación con diseño de ensayo clínico aleatorizado, publicados en revistas con revisión de pares de los últimos 10 años, en inglés o español sobre tratamientos administrados vía online para la depresión. De un total de 745 referencias bibliográficas detectadas, se seleccionaron 63 artículos. El análisis sistemático de estos estudios indicó que las terapias asistidas por internet son efectivas para la reducción de síntomas de depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios en el contexto latinoamericano teniendo en cuenta los aspectos culturales y contextuales de la población y así establecer la efectividad de esta modalidad de intervención en países de habla hispana.

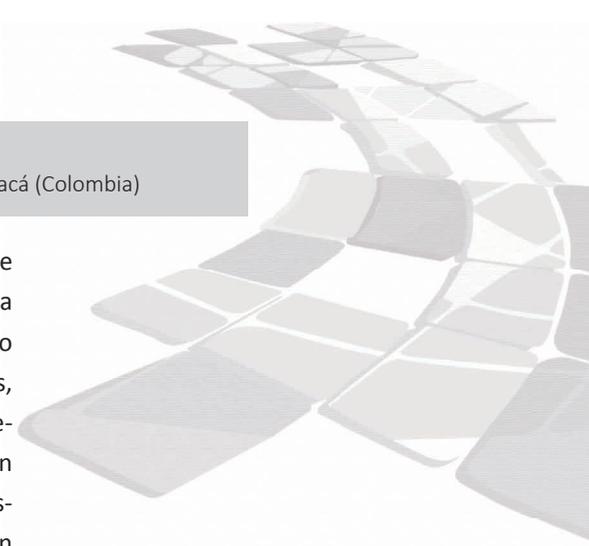
**Palabras clave** | Terapia asistidas por internet, depresión, revisión sistemática.

**Abstract** | The scope of this study is to explore the clinical effectiveness of interventions conducted by the internet for treat depression. The background of the study comprises a systematic review of research articles with randomized clinical trial design published in peer-reviewed journals of the last 10 Years (both in English and Spanish) on treatments administered online for depression (of a total of 745 bibliographical references detected, 63 articles were selected). The study concludes through systematic analysis of these studies that internet-assisted therapies are truly effective in reducing symptoms of depression. However, more studies are needed at the Latin American setting (taking into account the cultural and contextual aspects of this region population), to widely establish the broad effectiveness of these kind of interventions.

**Keywords** | internet delivered, depression, systematic review.

## Introducción

La depresión es un desorden mental común en el cual las personas experimentan un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, patrones de sueño y apetito alterados, baja energía y pobre concentración (Mental Health Foundation, 2016). Estos estados anímicos bajos y de aversión hacia la actividad en general, pueden afectar los pensamientos, comportamientos y sentimientos de las personas, así como su percepción de bienestar (Asociación Psicológica Americana -APA-, 2013).



Actualmente, existen diversos tratamientos diseñados para tratar la depresión que han sido evaluados con criterios rigurosos a nivel metodológico para establecer su efectividad. Según la división de psicología clínica de la APA, los tratamientos para la depresión que cuentan con un soporte fuerte de evidencia son la terapia de activación conductual, la terapia cognitiva, el sistema de análisis cognitivo conductual, la terapia interpersonal, la terapia de solución de problemas y la terapia de autocontrol.

Por otra parte, algunos de los tratamientos que cuentan con evidencia moderada de efectividad son: la terapia de aceptación y compromiso, la terapia racional emotiva y la terapia enfocada en emociones (APA, 2016).

En Colombia, según la Encuesta de Salud Mental de 2015 realizada a nivel nacional, de 11,665 personas que conformaron la muestra del estudio, alrededor del 9,6% presentaron síntomas en el *Self Report Questionnaire (SRQ)*, una de las medidas de tamizaje utilizadas en el estudio. Con relación a los ítems que evaluaban específicamente síntomas depresivos o ansiosos, cerca del doble de las mujeres reportaron tener 8 síntomas o más alcanzando un porcentaje de 17,2%, mientras que los hombres reportaron un 9,1% para el mismo número de síntomas. (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015)

Respecto al grupo de adolescentes participantes en el estudio (12 a 17 años), el 12,2% presentó síntomas en el SRQ, mientras que el reporte de personas que presentaban 8 síntomas o más de ansiedad y depresión estuvo conformado por un 13,2% en las mujeres y por un 11,2% en los hombres. En cuanto a los síntomas depresivos, todos los adolescentes presentaron al menos un síntoma alcanzando un porcentaje de 80% los hombres y mujeres que reportaron de 1 a 3 síntomas. Las personas que reportaron tener 8 o más síntomas fueron en total el 14,2% de las mujeres y el 9,8% de los hombres. Finalmente, el 16,6% de las mujeres y el 15% de los hombres manifestaron tener entre 4 y 6 síntomas depresivos (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015).

Estos porcentajes, corroboran la necesidad de implementar acciones específicas que permitan tratar efectivamente a la población sobre la cual existe prevalencia de este desorden teniendo en cuenta los efectos que el mismo genera en el funcionamiento general de las personas,

lo que pone de manifiesto que la depresión puede ser considerada un problema de salud pública (OMS, 2012).

### **Acceso a los servicios de salud mental**

Según las cifras de la Encuesta de Salud Mental (2015), la cobertura de aseguramiento en salud de la población general en Colombia ha tenido un aumento sostenido durante los últimos 10 años pasando del 56,9% al 90,8% y alcanzando en el año 2015 un porcentaje de cubrimiento del 95,3% en la población. Sin embargo, al analizar los datos de cubrimiento a la luz del acceso real y efectivo, se evidencian falencias importantes al acceso de estos servicios de quienes refirieron tener algún tipo de problema de salud mental en el último año.

Así mismo, más del 50% de las personas que participaron en el estudio no solicitaron atención debido a barreras identificadas de tipo actitudinal como no considerar necesario consultar, descuido o no querer ir. El impacto que genera este tipo de barreras está fuertemente asociado con el estigma de los problemas de salud mental, así como a las creencias negativas frente al sistema de salud limitando de manera significativa el acceso (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015).

Otra importante barrera identificada es la estructural, que se refiere a las grandes distancias que las personas deben recorrer para tener acceso a la atención de un profesional especializado dificultando la atención y manejo oportuno de estas problemáticas. Este tipo de elementos resaltan la necesidad de desarrollar estrategias que permitan superar estas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015).

### **Intervenciones administradas vía internet para la depresión**

En años recientes se han desarrollado distintos tipos de intervenciones para tratar la depresión que han sido implementadas vía internet, tanto en contextos de investigación como en escenarios clínicos. La efectividad de dichas intervenciones ha sido comparada y reportada

de manera amplia en la literatura académica, encontrando en ellas un amplio potencial de diseminación, utilidad y efectividad.

Por intervenciones asistidas a través internet, se entiende cualquier tipo de interacción terapéutica que se realiza por medio del internet para conectar profesionales cualificados en salud mental y sus clientes (Rochlen, Zack, & Speyer, 2004). Algunos de los tipos de intervenciones asistidas por internet son la consejería y psicoterapia en línea, las intervenciones interactivas auto-guiadas a través de una plataforma, grupos de apoyo en línea y blogs y las aplicaciones desarrolladas para dispositivos móviles (Barak & Grohol, 2011).

En una revisión sistemática realizada por Hedman, Ljótsson y Lindefors (2012), sobre estudios controlados aleatorizados de intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual vía internet (iCBT), se encontró que la iCBT parece ser tan eficaz como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) convencional, especialmente en depresión, trastorno de pánico y fobia social. En esta revisión se incluyeron un total de 108 artículos con intervenciones utilizadas para 25 diversos trastornos entre los cuales estaban: depresión, ansiedad generalizada, ludopatía, fobia social, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, duelo, síndrome del intestino irritable, disfunción sexual, consumo de cannabis, dolor crónico, entre otros.

De igual modo, Richards y Richardson (2012) efectuaron una revisión sistemática y un meta análisis en el que exploraron diversos aspectos de las terapias en línea para la depresión en 40 estudios correspondientes a 45 artículos publicados y 19 ensayos controlados aleatorizados en el que se identificaron 18 programas de intervención distintos. De manera general, tanto en la revisión sistemática como en el meta análisis la evidencia encontrada apoyó la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicológicos online para la depresión, en diversos entornos y con diferentes poblaciones.

La mayoría de los programas usados estaban desarrollados a partir de una base cognitivo conductual, dentro de los cuales se resaltan: Beating the Blues (BTB), MoodGYM, Sadness Program, Overcoming Depression on the Internet, The Colour Your Life Program y Deprexis, por ser los más utilizados. Otras intervenciones distintas a la TCC estándar que identificó el estudio, fueron la terapia de resolución de problemas, una intervención de la escritura estructurada,

una combinación de la intervención cara a cara y la terapia cognitiva, y actividades de atención plena con elementos estándar de TCC (Richards & Richardson, 2012).

Por su parte, en estudio realizado por Andersson, Topooco, Havik y Norgreen (2015), se compararon las terapias cognitivo-conductuales para la depresión, terapia cara a cara y la terapia asistida por internet, a través de un meta análisis de 5 estudios controlados con un total de 429 participantes. En este estudio, se encontró en todas las condiciones efectos similares, por lo que fue posible reportar eficacia que respalda este tipo de intervenciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este artículo es el de explorar sistemáticamente la evidencia actual existente en la literatura sobre la efectividad de tratamientos psicológicos administrados por internet para la depresión, incluyendo estudios publicados en español y en Latinoamérica.

## **Método**

Para lograr el objetivo antes propuesto, se delimitaron los procedimientos base necesarios. Se estableció como propósito inicial identificar aquellos programas reportados en la literatura académica que se encuentran publicados en revistas indexadas y que hacen parte de las bases de datos Science Direct, APA Psycnet, Cochrane y Redalyc. En este sentido, en el mes de Mayo de 2016 se identificaron los artículos elegibles mediante la búsqueda en las 4 bases de datos electrónicas mencionadas.

Los descriptores de búsqueda fueron elegidos con base en las palabras claves sugeridas por las bases de datos consultadas en los idiomas inglés y español. La ecuación final de búsqueda quedó conformada por las palabras: *internet delivered, depression and randomized control trial, terapias asistidas por internet, terapias administradas vía internet, depresión, ensayos controlados aleatorizados*.

Los criterios de inclusión para los artículos analizados en la presente revisión fueron: artículos originales de investigación con diseño de ensayo clínico aleatorizado publicados en revistas con revisión de pares de los últimos 10 años, en inglés o español sobre tratamientos para la depresión administrados vía online o por internet para la depresión.

Como criterios de exclusión se definieron: Revisiones teóricas, meta análisis, comentarios, discusiones o cartas al editor.

Adicionalmente se decidió emplear el método PRISMA, como procedimiento estándar, teniendo en cuenta que es ampliamente utilizado para el reporte de revisiones sistemáticas y meta-análisis de intervenciones en salud (Liberati et al., 2009). Este método permite describir y recopilar toda la evidencia empírica que se ajusta a un criterio especificado de elegibilidad para responder a una pregunta específica de investigación como la del presente documento.

## **Resultados**

### **Muestreo**

La búsqueda inicial realizada en el total de las bases de datos consultadas permitió encontrar un total de 754 artículos (Science Direct, APA Psycnet, Cochrane y Redalyc). A partir de esta búsqueda inicial, se aplicaron filtros basados en los criterios de inclusión de la presente revisión que permitieron descartar un número importante de los artículos de investigación encontrados (en total n= 660). Posteriormente se realizó un control de duplicados lo que significó descartar otras 12 investigaciones, para así revisar 82 artículos a texto completo.

Finalmente, otros 18 artículos fueron descartados debido a que no cumplían con los criterios de inclusión o a que correspondían a revisiones teóricas, meta análisis, comentarios, discusiones o cartas al editor. En consecuencia, el número de artículos que cumplieron la totalidad de criterios de inclusión fue de 63, con los cuales se realizó el análisis final que comprendió una síntesis cuantitativa y cualitativa (Figura 1).

### **Características de los estudios y programas de intervención**

De las 43 intervenciones usadas en los estudios, 26 correspondían a programas con nombre comercial registrado, los cuales se describen en la tabla 1. Los programas más utilizados fueron MoodGym, Wellbeing y E-couch con 6 estudios cada uno, seguidos por This Way Up, Deprexis y Sadness Program con 3 investigaciones. Por su parte, Depressions Halpen, The Good Life Compass y Managing Your Mood fueron usados en dos estudios.

Cada programa tiene una estructura particular y abarca temas distintos de acuerdo con la intensidad, población o teoría de base. En la tabla 2 se presenta los componentes de los programas descritos en los artículos revisados. Los estudios que reportaron las características de las intervenciones fueron 32. Los principales elementos incluidos en los programas fueron: Reestructuración cognitiva o lineamientos de la terapia cognitiva con un 75%, activación conductual 72%, resolución de problemas 50%, psicoeducación 34%, prevención de recaídas 34%, manejo de sueño 31%, asertividad 25% y relajación 22%.

Por su parte, 56 estudios reportaron la intensidad de las terapias. El 43% refirieron entre 5 y 8 sesiones, el 20% entre 9 y 12 y el 2% más de 12 sesiones. 16 precisaron la duración en semanas. En cuanto a la duración de cada sesión, 11 estudios reportaron esta información, lo que permitió estimar un promedio de 46,3 minutos por sesión, con un mínimo de 15 y un máximo de 120.

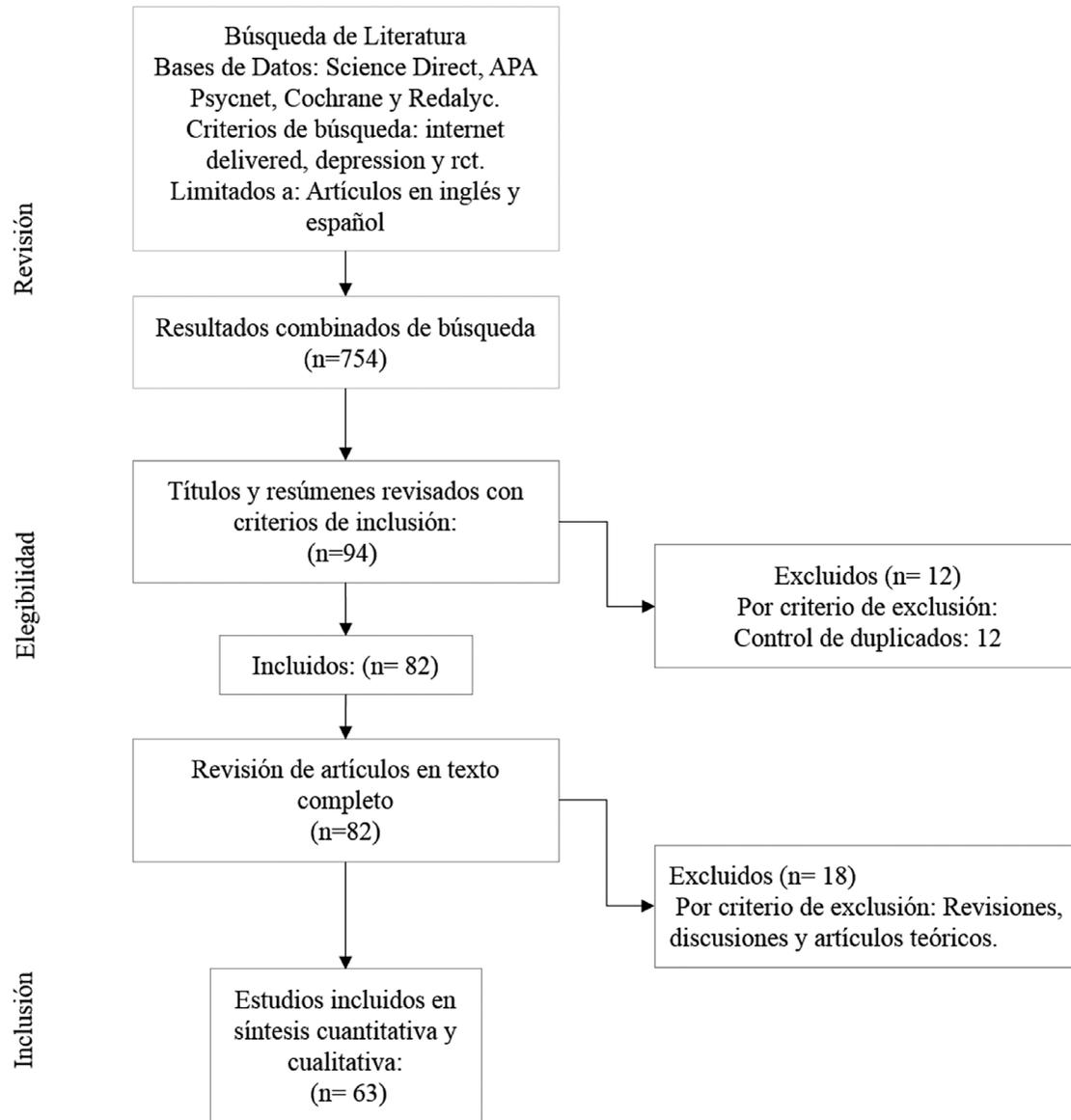
El 68% de los estudios indicaron a la terapia cognitivo-conductual (TCC) como su teoría de base, el 16% fueron programas que usaban otro tipo de teorías base como la terapia interpersonal, psicología positiva, el concreteness training, la ecléctica o las terapias basadas en la resolución de problemas. El 11% estaban basados en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) o mindfulness y finalmente el 8% refirieron estar basadas en el modelo transdiagnóstico. Con relación al lugar en el que se realizaron los estudios revisados, el país con el mayor número de investigaciones realizadas fue Australia con 21 artículos, le sigue Suecia con 9, Estados Unidos con 7, Canadá con 4, Reino Unido y Alemania con 3, Irlanda, Finlandia, Noruega y Holanda con 2 y Países bajos, Rumania, Japón, Inglaterra y México con un estudio cada uno. Se encontraron 2 estudios de colaboración entre investigadores de Australia y Estados Unidos y uno de colaboración entre Suiza y Alemania.

En cuanto a las edades de la población participante en los estudios, el 76% fue de adultos, el 14% de adultos jóvenes, 5% de adolescentes y 5% de adultos mayores. Otros estudios delimitaron con criterios más específicos la población objetivo. Por ejemplo, en 4 artículos la población seleccionada fue de madres de niños pequeños, en otros 6 estudios correspondió a estudiantes universitarios, en 3 a pacientes de clínicas de salud mental, en 3 a trabajadores de compañías, en 2 a veteranos de guerra, en 2 a pacientes de atención primaria y finalmente 1 se enfocó en población rural y 1 en participantes hispanos.

El promedio del número de participantes en los estudios revisados fue de 298 con un mínimo de 8 y un máximo de 2107. En general, 13 estudios utilizaron muestras de menos de 50 participantes, 15 estudios fueron intervenciones realizadas con muestras de entre 50 y 100 personas y 44 estudios usaron muestras de entre 100 y 500 participantes. Los 11 estudios restantes contaron con una muestra de más de 500 personas.

Con relación al diseño de investigación utilizado, el 75% de los estudios incluidos en esta revisión fueron estudios de ensayo controlado aleatorizado y el 25% estuvo compuesto por ensayos clínicos, estudios piloto, estudios de desmantelamiento y diseños de ensayo abierto.

Respecto a la medición, los instrumentos más usados fueron: Beck depression inventory (BDI), Montgomery.Asberg depression rating scale (MADRS-S), Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9), Center for epidemiological studies depression scale (CESD), Mini international neuropsychiatric interview (MINI) y Kessler 10-item (K-10). Con relación al seguimiento, el 62% de los estudios realizaron una o más mediciones de seguimiento o follow-up después del tratamiento. Las más usadas fue a los 6 meses con un 36%, a los 3 meses con un 23% y a los 3 y 6 meses un 13%.



**Figura 1.** | Diagrama de flujo PRISMA, selección de artículos terapias vía internet para la depresión.

## Efectividad de las intervenciones psicológicas administradas por internet

Del total de 63 artículos revisados a texto completo, el 84,1% correspondiente a 53 artículos de investigación, reportó mejorías estadísticamente significativas a nivel de reducción de síntomas depresivos en programas administrados vía internet para la depresión y otras condiciones comórbidas. Así mismo, cabe destacar que en múltiples intervenciones se incluyeron medidas secundarias para establecer de manera global la mejoría general de los participantes. Algunas de estas medidas fueron reducción de malestar o distrés psicológico (Dear et al., 2012; Donkin et al., 2013; Mewton, Sachdev, & Andrews, 2013; Williams, Blackwell, Mackenzie, Holmes, & Andrews, 2013; Johnston et al., 2014), aumento de calidad de vida (Venmark et al., 2010), funcionamiento social (Hunkeler et al., 2012), pensamiento repetitivo negativo y flexibilidad psicológica (Lappalainen, Sitwat, Kukkonen, Tolvanen, & Lappalainen, 2015) entre otras.

### Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática fue el de examinar la eficacia actual de los tratamientos asistidos por internet para síntomas de depresión, incluyendo estudios en habla hispana y de Latinoamérica a través del análisis de 63 artículos de investigación. Los resultados mostraron que más del 80% de los estudios reportaron mejorías estadísticamente significativas a nivel de reducción de síntomas depresivos y otras condiciones comórbidas. Así mismo, diversos estudios reportaron que el iCBT parece producir efectos equivalentes en comparación con la TCC cara a cara.

Los programas que compararon la efectividad de intervenciones administradas por internet versus las intervenciones realizadas cara a cara, reportaron resultados prometedores. Por ejemplo, en un estudio realizado por Kivi et al. (2014) en el que se buscaba comparar una terapia entregada por internet (iCBT) para la depresión (compuesto por técnicas específicas de CBT en combinación con activación conductual, componentes de la terapia de aceptación y compromiso y mindfulness) con el tratamiento administrado de forma usual (TAU) en contextos de atención primaria, no encontró diferencias significativas entre ambos grupos al post tratamiento, por lo cual se sugiere que el iCBT puede ser exitosamente administrado en atención primaria y que la efectividad después de 3 meses es similar al TAU.

Así mismo, Wagner, Horn y Maercker (2014) compararon los resultados de un tratamiento guiado por internet con una intervención cara a cara en un ensayo aleatorizado con 62 participantes durante 8 semanas. Dentro de los resultados no se encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos. Luego de la intervención, las 2 condiciones obtuvieron cambios significativos en el inventario de Beck-II (BDI-II) con un tamaño del efecto de ( $d = 1,27$ ) y ( $d = 1,37$ ) para la intervención asistida por internet y la intervención cara a cara respectivamente. En el seguimiento 3 meses después de finalizado el tratamiento, los resultados en el grupo con iCBT se mantuvieron estables, mientras que en el grupo de intervención cara a cara se mostró un aumento de los síntomas de depresión ( $t = -2.05$ ,  $df = 19$ ,  $p < .05$ ).

Por su parte, Ly et al. (2015), compararon a través de un ensayo controlado aleatorio un tratamiento que incluyó 4 sesiones cara a cara y una aplicación para celular con una intervención de activación conductual cara a cara de 10 sesiones, con un seguimiento a los 6 meses. Los resultados mostraron mejorías significativas en ambos grupos a través del tiempo. Además, el tratamiento combinado redujo el tiempo invertido por el terapeuta en un 47% en promedio. Aunque se requieren más estudios de este tipo, los autores concluyen que un tratamiento combinado podría intervenir casi el doble de pacientes que sufren de depresión, favoreciendo el acceso de salud mental de la población.

Adicionalmente, en el estudio realizado por Kessler et al. (2009) se reportó que el 38% de los pacientes que se sometieron al tratamiento administrado por internet se recuperaron de la depresión en contraste con el 24% en el grupo control. De forma similar, las medidas secundarias a los 8 meses favorecieron la intervención con efectos similares en las magnitudes del efecto y los niveles de evidencia en las puntuaciones del cuestionario general de salud SF-12. Por su parte, O'Mahen et al. (2013), implementaron un programa de tratamiento administrado vía internet (Netmums), para la depresión posnatal mediante un ensayo controlado aleatorizado en el que se encontró que las mujeres que completaron el programa de internet, obtuvieron mejores puntuaciones que las que estuvieron en el grupo TAU. De acuerdo a estos resultados, un soporte mínimo, en conjunto con un programa ampliamente accesible vía internet para la depresión post natal, en conjunto con un soporte mínimo, es factible de administrar en este tipo de poblaciones en tanto ofrece un tratamiento efectivo y prometedor para esta problemática.

De igual forma, en un estudio posterior realizado por O'Mahen (2014), para esta misma problemática, hubo un mayor tamaño de efecto que favoreció a las mujeres que recibieron el tratamiento por internet en las medidas de depresión, deterioro social, laboral y ansiedad en el postratamiento comparado con el grupo TAU.

Por otra parte, Lappanien et al. (2014) implementaron un tratamiento cara a cara (ACT group) que fue comparado con un tratamiento guiado de auto ayuda entregado vía internet, con dos sesiones de evaluación y un programa de internet basado en ACT (iACT). En ambos grupos los resultados mostraron un efecto significativo en la sintomatología depresiva y en el bienestar general después del tratamiento, así como a los 18 meses de seguimiento. Sin embargo, los datos indican que el grupo iACT cambió diferencialmente en los síntomas depresivos y el bienestar comparado con el grupo cara a cara. Este estudio de no inferioridad proporciona evidencia de que las intervenciones guiadas en internet basadas en ACT pueden ser un tratamiento tan efectivo como uno cara a cara para pacientes que reportan síntomas depresivos y puede ofrecer algunas ventajas con relación a la intervención cara a cara.

Otro estudio realizado por Andersson et al. (2013), en el que se implementaron tratamientos de CBT grupales y de iCBT, encontró que los resultados de la escala de depresión implementadas en el mismo reflejaron mejorías significativas en ambos grupos a través del tiempo indicando la no inferioridad del tratamiento iCBT. Así mismo, hubo una tendencia para el tratamiento iCBT a ser superior que el tratamiento grupal basado en CBT cuando se realizó el seguimiento a los 3 años. Gracias a estos resultados, los autores concluyen que el iCBT es al menos tan efectivo como la terapia grupal basada en CBT, y los efectos a largo plazo pueden ser sostenidos tras 3 años del tratamiento.

En población de hispanos los resultados no son distintos. De acuerdo con Moreno, Chong, Dumbauld, Humke y Breddy (2012) al comparar la efectividad de un tratamiento para pacientes hispanicos con depresión proporcionado por psiquiatras a través de videoconferencia (intervención webcam) con un tratamiento usual proporcionado por el proveedor de atención primaria, todos los participantes experimentaron mejorías en los síntomas de depresión, por lo cual la telepsiquiatría entregada a través de internet utilizando cámaras domesticas comercialmente disponibles, computadores y equipamiento estándar es efectivo y aceptable.

Con relación a los estudios que mostraron poca efectividad de intervenciones administradas por internet para la depresión se encuentra el realizado por Mogoase, Bailean y David (2013) en el que se desarrolló un entrenamiento en pensamiento concreto (CNT) utilizando como teoría de base el modelo cognitivo de sesgos en el procesamiento de información. El entrenamiento en procesamiento concreto involucra ejercicios repetidos diseñados para facilitar el pensamiento concreto. Comparado con el grupo control, el entrenamiento en procesamiento concreto resultó en un incremento significativo en las medidas de pensamiento concreto de los participantes. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la especificidad de la memoria autobiográfica, síntomas depresivos o rumiación. Estos resultados sugieren que la efectividad del CNT como única estrategia para el tratamiento de la depresión puede ser bastante limitada. De manera similar, Blackwell et al. (2015) realizaron una herramienta de tratamiento web para la depresión basado en la modificación de sesgos cognitivos mediante la imaginación positiva (CBM) que consistió en 12 sesiones completadas en casa vía web durante un periodo de 4 semanas. Sin embargo, no hubo avances significativos en imaginación CBM comparado con el control para los síntomas depresivos en la muestra total. A pesar de esto, en los análisis exploratorios, comparados con el control, la imaginación CBM mejoró significativamente la anhedonia después de la intervención y mejoró los síntomas depresivos para aquellos participantes con menos de 5 episodios depresivos.

Dentro de las limitaciones reportadas por los estudios, la deserción es la más común. En el estudio de Choi et al. (2012), el 68% de los participantes completó todas las lecciones, mientras que en el de Newby, Williams y Andrews (2014) la adherencia fue de solo el 47,3%. Para solventar esta limitación, Hilvert-Bruce, Rossouw, Wong, Sunderland y Andrews (2012) propusieron que un terapeuta de apoyo que se comuniquen con los participantes a través de medios como correos electrónicos, llamadas o chats, podría disminuir la deserción al programa.

Con relación a las aplicaciones de esta modalidad de intervención en el contexto latinoamericano, los resultados no son suficientes para poder realizar análisis sobre su eficacia clínica, pues solo se encontró un estudio en México realizado por Flores, Cárdenas, Durán y De la Rosa (2014). En este estudio, se realizó un programa de intervención que se realizó con 8 participantes, quienes completaron 16 sesiones semanales de una hora con componentes base de terapia cognitivo-conductual como reestructuración cognitiva, identificación y expresión

de emociones, trabajo con autoestima y asertividad y solución de problemas. Sin embargo, aunque sus resultados indicaron una reducción en los síntomas de depresión y ansiedad de los estudiantes, debido al número de participantes que conformaron la muestra en el estudio sus resultados no son generalizables.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que las características culturales son importantes en los indicadores de efectividad y adherencia de los tratamientos, por lo que sería importante tener en cuenta dichas características a la hora de replicar programas que han sido efectivos en otros contextos.

Otro de los factores a tener en cuenta para que este tipo de intervenciones sean exitosas, es el acceso de la población a conexión de internet. En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2017), el 41.08% del total de hogares colombianos tienen acceso a este servicio, lo cual podría ser una barrera para la diseminación de estas intervenciones. Sin embargo, según las cifras del Gobierno Nacional el 96% de las cabeceras municipales tienen acceso a la Red Nacional de Fibra Óptica, lo que aumenta la posibilidad de que el gobierno eventualmente garantice el acceso a internet a un mayor número de personas, haciendo factible la entrega de programas de intervención vía web como se analizó a lo largo del presente artículo.

En conclusión, los resultados encontrados en el presente estudio, son coherentes con la revisión sistemática de Hedman et al. (2012) y los metaanálisis previos de Andersson et al. (2015) y Richards y Richardson (2012), en donde la mayoría de intervenciones estuvieron basadas en terapia cognitivo conductual, una de las terapias con mayor evidencia para la depresión según los criterios establecidos por la Asociación Psicológica Americana, división 12 (APA, 2016).

De acuerdo a esto, las intervenciones administradas vía internet poseen ventajas que pueden privilegiar su uso, en comparación con otros tipos de modalidades terapéuticas. Este es el caso de los estudios realizados por Dear et al. (2011), Hedman et al. (2014) y Mullin et al. (2015), en los cuales los participantes reportaron altos niveles de satisfacción una vez finalizado el tratamiento. Otro ejemplo, es el estudio realizado por Hedman et al. (2012) en el que el

promedio de minutos invertido por terapeuta fue de 84.75, siendo evidentemente menor que las intervenciones cara a cara. Adicionalmente el tiempo necesario para la administración de estos programas es significativamente inferior a los programas tradicionales de TCC.

Finalmente, estas intervenciones se relacionaron con indicadores positivos en autoestima, autonomía, calidad de vida y percepción social (Crisp, Griffiths, Mackinnon, Bennett, & Christensen 2014). Es por esto, que teniendo en cuenta estos datos, en términos de costo-beneficio y capacidad de cobertura, las intervenciones entregadas vía internet, se convierten en una opción prometedora para cubrir las necesidades en salud mental de la población en general.

Como se mencionó al inicio de este artículo, la movilidad es una de las características del contexto colombiano que podría dificultar el acceso a terapias eficaces en el tratamiento de la salud mental, por lo que terapias basadas en evidencia a través de internet, pueden ser una opción que favorezca a aquellas personas que además, por características actitudinales y motivacionales desertan o no acceden a estos servicios. Sin embargo se requiere aún más investigación en el contexto latinoamericano, con población situada en diferentes contextos, para así verificar qué tanto estas intervenciones pueden superar las barreras que dificultan el acceso a servicios eficaces y efectivos en intervención en salud mental.

**Tabla 1.** | Programas de intervención administrados por internet y sus características

| Programa/autor           | Componentes de la terapia  | Intensidad                         | Teoría                  | Estudios |
|--------------------------|--|------------------------------------|-------------------------|----------|
| MoodGYM                  |  |                                    |                         |          |
| Barrera et al. (2015)    |  |                                    |                         |          |
| Donker et al. (2013) (1) | Relajación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, asertividad, autoestima y estrategias de afrontamiento  | 6 semanas                          | TCC                     | 6        |
| Donker et al. (2013) (2) |  |                                    |                         |          |
| Lintvedt et al. (2013).  |  |                                    |                         |          |
| O’Kearney et al. (2009)  |  |                                    |                         |          |
| Sorensen et al. (2013)   |  |                                    |                         |          |
| Wellbeing                | Psicoeducación, conceptos de la terapia, control de síntomas, activación conductual, exposición graduada, manejo de pensamientos, obstáculos del tratamiento y prevención de recaídas.<br>Recursos adicionales: Habilidades de asertividad, ansiedad por la salud, sueño, respuestas a preguntas frecuentes, emails, contacto telefónico por un terapeuta, foro de discusión en línea. | 8 lecciones en línea en 10 semanas | modelo transdiagnóstico | 5        |
| Deara et al. (2011)      |  |                                    |                         |          |
| Johnston et al. (2014)   |  |                                    |                         |          |
| Mullin et al. (2015)     |  |                                    |                         |          |
| Titov et al. (2011)      |  |                                    |                         |          |
| Titov et al. (2013)      |  |                                    |                         |          |

E-couch

|                          |   |  |                           |   |
|--------------------------|---|--|---------------------------|---|
| Crisp et al. (2014)      | Psicoeducación, TCC y terapia interpersonal. Relajación y actividad física. Permite a los usuarios elegir cuales aspectos del tratamiento quieren aplicar.  | 12 módulos                                   | TCC                       | 5 |
| Donker et al. (2013) (1) |   |  |                           |   |
| Donker et al. (2013) (2) |   |  |                           |   |
| Donkin et al. (2013)     |   |  |                           |   |
| Glozier et al. (2013)    | Psicoeducación, cambio cognitivo, activación conductual, evitación y señales de seguridad, exposición y prevención de recaídas. El contenido se presenta de forma ilustrada al estilo comic, en la que los personajes muestran cómo logran mejorar a través de TCC.<br>Recursos adicionales: Preguntas frecuentes, emails, sueño, planificación de actividades, asertividad, habilidades de comunicación, resolución de problemas y manejo de preocupación. | 7 módulos en 90 días. 40 minutos de duración | modelo transdiagnóstico   | 3 |
| This Way Up Clinic.      |   |  |                           |   |
| Mewton et al. (2013)     |   |  |                           |   |
| Newby et al. (2014)      |   |  |                           |   |
| Wong et al. (2014)       |   |  |                           |   |
| Deprexis                 | Psicoeducación, activación conductual, modificación cognitiva, mindfulness y aceptación, habilidades interpersonales, relajación, ejercicio físico, estilos de vida, resolución de problemas, escritura expresiva y perdón, intervenciones de psicología positiva e intervenciones basadas en la emoción. Incluye un mensaje de texto diario que transmite contenido del programa.  | 10 lecciones en tres meses                   | TCC, Positive Psychology. | 3 |
| Berger et al. (2012)     |   |  |                           |   |
| Meyer et al. (2015)      |   |  |                           |   |
| Moritz et al. (2012)     |   |  |                           |   |

|                           |   |  |                      |   |
|---------------------------|---|--|----------------------|---|
| Sadness Program           |   |  |                      |   |
| Choi et al. (2012)        | Componentes cognitivo-conductuales sesiones con tareas regulares y recursos complementarios.  | 7 lecciones de 20 minutos              | TCC                  | 2 |
| Williams et al. (2013)    |   |  |                      |   |
| Depressionshalpen         |   |  |                      |   |
| Carlbring et al. (2013)   | Activación conductual con ACT. Los componentes de ACT fueron defusión a través de la práctica de aceptación y mindfulness y valores. Los módulos consisten en texto, videos y animaciones narradas. Se incluyó un cd con instrucciones de ACT y Mindfulness.  | 7 lecciones en 12 semanas              | BA/ ACT/ Mindfulness | 2 |
| Kivi et al. (2014)        |   |  |                      |   |
| The Good Life Compass     |   |  |                      |   |
| Lappalainen et al. (2014) | Las lecciones utilizan análisis funcionales y promueven la flexibilidad psicológica, la desesperanza creativa, los valores, las acciones valiosas, contacto con el momento presente, defusión cognitiva, el yo como contexto y la aceptación. Cada módulo consistió en textos, videos y archivos de mp3 con ejercicios de mindfulness y otros ejercicios experienciales. En el programa los participantes se encontraban dos veces con su terapeuta al inicio y al final del tratamiento. | 6 lecciones de 60 minutos en 6 semanas | ACT                  | 2 |
| Lappalainen et al. (2015) |   |  |                      |   |

|   |  |                           |                      |   |
|---|--|---------------------------|----------------------|---|
| Managing Your Mood<br>Dear et al. (2012)<br>Titov et al. (2015) | Historias de casos que detallan las experiencias de pacientes que se recuperan de la depresión, con contenido didáctico y teórico basado en TCC. El tratamiento incluye un breve contacto semanal con un psicólogo clínico.<br>Recursos adicionales:<br>Habilidades de asertividad y resolución de problemas. Gestión de la preocupación. Higiene del sueño. Además de recordatorios y notificaciones por email. | 5 módulos en 8 semanas    | CBT                  | 2 |
| Mind Balance<br>Sharry et al. (2013)                            | Intervención basada en TCC con contenido interactivo. El programa incorpora elementos del mindfulness, así como evaluaciones, videos, contenido informativo, actividades y tareas.   | 7                         | CBT / Mindfulness    | 1 |
| eCare<br>Hunkeler et al. (2012)                                 | Activación conductual, soporte social, resolución de problemas, tareas y un calendario de actividades.<br>Recursos adicionales:<br>Discusiones grupales monitoreadas   | –                         | CBT                  | 1 |
| Reframe IT<br>Robinson et al. (2016)                            | Reconocimiento emocional y tolerancia al malestar, reestructuración cognitiva, activación conductual, técnicas de relajación y resolución de problemas.<br>Incluye mp3s descargables   | 8 lecciones de 20 minutos | TCC                  | 1 |
| Concretness Training<br>Mogoase et al. (2013)                   | Ejercicios para facilitar el pensamiento concreto.   | 7 lecciones               | Concretness Training | 1 |

|  |   |                          |                                |   |
|--|---|--------------------------|--------------------------------|---|
| Mom-Net<br>Sheeber et al. (2012)                     | Herramientas de TCC con adaptaciones para madres de niños pequeños. Énfasis en afecto positivo, activación conductual y reestructuración cognitiva.   | 8 lecciones              | TCC                            | 1 |
| Tabla 1<br>(Continuación)                            |   |                          |                                |   |
| PratenOline (Talking online)<br>Kramer et al. (2014) | Chat individual en tiempo real con un terapeuta. Usa técnicas de SFBT. Por ejemplo: la pregunta del “milagro” (ej: describir como sería diferente el futuro cuando el problema se haya ido), establecimiento de metas, buscar fortalezas y soluciones, mantener el foco en lo que está bien, entre otras. | –                        | Solucion-Focused Brief Therapy | 1 |
| Useful mental health<br>Imamura et al. (2014)        | Reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y relajación, a través de una historia de un comic japonés.  | 6 lecciones en 6 semanas | TCC                            | 1 |
| BluePages<br>Lintvedt et al. (2013)                  | Psicoeducación, manejo de pensamientos, de comportamientos disfuncionales y de emociones, estrategias de afrontamiento con relación al estrés, relaciones interpersonales y relajación.   | 5 lecciones              | TCC y Terapia Interpersonal.   | 1 |

|   |  |                            |     |   |
|---|--|----------------------------|-----|---|
| Posnatal (iBA)<br>O'Mahen et al. (2013) | Activación conductual. El tratamiento se enfoca en ayudar a las madres en alcanzar un balance en las actividades, reduciendo la frecuencia del reforzamiento negativo debido a conductas de evitación.   | 11 lecciones de 40 minutos | BA  | 1 |
| NetmumsHWD<br>O'Mahen et al. (2014)     | Activación conductual y prevención de recaída. Los pacientes reciben semanalmente una llamada telefónica de un terapeuta.  | 12 lecciones               | BA  | 1 |
|   | Recursos adicionales: Chat room  |                            |     |   |
| Toolkit<br>McCuster et al. (2015)       | Activación conductual, pensar de manera realista y la resolución de problemas, con un libro de trabajo, versiones de audio, y un DVD informativo.  | –                          | TCC | 1 |
| Tabla 1<br>(Continuación)               |  |                            |     |   |
| Happy@work<br>Geraedts et al. (2014)    | Resolución de problemas centrados en el trabajo y en la vida cotidiana, terapia cognitiva, estrés en el trabajo, habilidades sociales y prevención de recaídas. Automonitoreo diario de estado de ánimo. | 6 lecciones en 7 semanas   | –   | 1 |

|   |  |                                  |                                |          |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------|----------|
| <p>IPST<br/>Junge at al. (2015)</p>                           | <p>El Internet-based problem-solving training, incluye componentes de activación conductual, resolución de problemas y técnicas para la rumia.</p>   | <p>5 lecciones</p>               | <p>—</p>                       | <p>1</p> |
| <p>Beating the Blues US version<br/>Nelson et al. (2014)</p>  | <p>Psicoeducación, establecimiento de objetivos, modificación de pensamiento, resolución de problemas como hacer frente a los contratiempos. El programa enseña habilidades adaptadas a los problemas de cada usuario. El programa genera recordatorios. Durante los módulos evalúa la presencia de ideación. Incluye información de lugares para atender crisis</p>   | <p>8 lecciones de 50 minutos</p> | <p>TCC</p>                     | <p>1</p> |
| <p>The Worry and Sadness Program<br/>Mewton et al. (2014)</p> | <p>Psicoeducación, componentes de la terapia, planeación de actividades, reestructuración cognitiva, evitación y señales de seguridad, exposición, resolución de problemas, y prevención de recaídas. Presentan una historia ilustrada sobre personajes que lo superaban sus dificultades a través de la TCC. Recursos adicionales: Preguntas frecuentes, sueño, planificación de actividades, asertividad, habilidades conversacionales, pensamientos positivos, medicamentos y ataques de pánico</p> | <p>6 lecciones en 90 días</p>    | <p>modelo transdiagnóstico</p> | <p>1</p> |

|                                    |   |            |   |   |
|------------------------------------|---|------------|---|---|
| HealthWatch<br>Crisp et al. (2014) | Es un programa que entrega información sobre salud en temas como nutrición, actividad física, medicinas en el hogar, salud cardiaca, presión sanguínea y colesterol.  | 12 semanas | – | 1 |
| OnTrack<br>Millie et al. (2015)    | TCC basado en mindfulness. Un módulo inicial alienta al cambio y construye la auto-eficacia. Recursos adicionales: Programación de actividades, planificación del riesgo, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, asertividad, manejo de la ira. | –          | – | 1 |

Descripción de los programas encontrados en la revisión. Indicando el nombre del programa, componentes principales, intensidad, el modelo teórico en el cual se basa y el número de investigaciones que lo usaron. La tabla incluye solo los programas con nombres comerciales.

**Tabla 2.** | *Porcentaje de componentes incluidos en las intervenciones.*

| Componentes                | Porcentaje | Componentes                  | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------------------------|------------|
| Reestructuración cognitiva | 75%        | Autoestima                   | 6%         |
| Activación conductual      | 72%        | Habilidades de afrontamiento | 6%         |
| Resolución de problemas    | 50%        | Actividad física             | 6%         |
| Psicoeducación             | 34%        | Valores                      | 6%         |
| Prevención de recaídas     | 34%        | Análisis funcional           | 6%         |
| Manejo de sueño            | 31%        | Componentes de ACT           | 6%         |
| Asertividad                | 25%        | Tolerancia al malestar       | 3%         |

|                                |     |                                |    |
|--------------------------------|-----|--------------------------------|----|
| Relajación                     | 22% | Pensamiento concreto           | 3% |
| Manejo de emociones            | 19% | Técnicas de rumia              | 3% |
| Relaciones interpersonales     | 19% | Motivación                     | 3% |
| Exposición                     | 16% | Irritabilidad                  | 3% |
| Preocupación                   | 16% | Síndrome pre-menstrual         | 3% |
| Manejo de la salud             | 9%  | Obstáculos en el tratamiento   | 3% |
| Información sobre medicamentos | 9%  | Cambios en los estilos de vida | 3% |
| Conceptos básicos de la TCC    | 9%  | Terapia narrativa-del perdón   | 3% |
| Mindfulness                    | 9%  |                                |    |

32 de los 63 estudios revisados, describieron de manera específica los componentes contenidos en las intervenciones.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*.
- American Psychological Association (2016). Society of Clinical Psychology Division 12. Recuperado de: <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/>
- Andersson, G., Topooco, N., Havik, O. & Norgreen, T. (2015). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, DOI: 10.1586/14737175.2015.1125783
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., Mauritzson, L., Sarkohi, A., Claesson, E., Zetterqvist, V., Lamminen, M. Eriksson, T. & Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 986–994. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.022>
- Andersson, G., Sarkohi, A., Karlsson, J., Bjärehed, J. & Hesser, H. (2013). Effects of two forms of internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression on future thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 29–34. <http://doi.org/10.1007/s10608-012-9442-y>

- Barak, A. & Grohol, J. M. (2011). Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services, 29* (3), 155-196.
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., & Caspar, F. (2011). Internet-Based Treatment of Depression : A Randomized Controlled Trial Comparing Guided with Unguided Internet-Based Treatment of Depression : A Randomized Controlled Trial Comparing Guided with Unguided Self-Help. *Cognitive Behaviour Therapy, 40:4*(March 2013), 37–41. <http://doi.org/10.1080/16506073.2011.616531>
- Blackwell, S. E., Browning, M., Mathews, A., Pictet, A., Welch, J., Davies, J., Watson, P., Geddes, J. R. & Holmes, E. A. (2015). Positive imagery-based cognitive bias modification as a web-based treatment tool for depressed adults: A randomized controlled trial. *Clinical Psychological Science, 3*(1), 91–111. <http://doi.org/10.1177/2167702614560746>
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Ä., Vernmark, K. & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 148*(2–3), 331–337. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Choi, I., Zou, J., Titov, N., Dear, B. F., Li, S., Johnston, L., Andrews, G. & Hunt, C. (2012). Culturally attuned internet treatment for depression amongst Chinese Australians: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 459–468. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.003>
- Clarke, G., Kelleher, C., Hornbrook, M., Debar, L., Dickerson, J. & Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(4), 222–234. <http://doi.org/10.1080/16506070802675353>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos y Organización de los Estados Americanos. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Recuperado de <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- Crisp, D., Griffiths, K., Mackinnon, A., Bennett, K. & Christensen, H. (2014). An online intervention for reducing depressive symptoms: Secondary benefits for self-esteem, empowerment and quality of life. *Psychiatry Research, 216*(1), 60–66. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.041>

- Darvell, M. J., Kavanagh, D. J. & Connolly, J. M. (2015). A qualitative exploration of Internet-based treatment for comorbid depression and alcohol misuse. *Internet Interventions*, 2(2), 174–182. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2015.03.003>
- Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. & McEvoy, P. (2011). An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 830–837. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.007>
- Dear, B. F., Zou, J., Titov, N., Lorian, C., Johnston, L., Spence, J., Anderson, T., Sachdev, P., Brodaty, H. & Knight, R. G. (2013). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: a feasibility open trial for older adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 169–76. <http://doi.org/10.1177/0004867412466154>
- Donker, T., Batterham, P. J., Warmerdam, L., Bennett, K., Bennett, A., Cuijpers, P., ... Christensen, H. (2013). Predictors and moderators of response to internet-delivered Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavior Therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 343–351. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.020>
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., Van Straten, A., Cuijpers, P., ... Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: Randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*. <http://doi.org/10.2196/jmir.2307>
- Donkin, L., Hickie, I. B., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Cockayne, N. L. & Glozier, N. (2013). Rethinking the dose-response relationship between usage and outcome in an online intervention for depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. <http://doi.org/10.2196/jmir.2771>
- Geraedts, A. S., Kleiboer, A. M., Wiezer, N. M., Cuijpers, P., van Mechelen, W. & Anema, J. R. (2014). Feasibility of a worker-directed web-based intervention for employees with depressive symptoms. *Internet Interventions*, 1(3), 132–140. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.07.001>

- Gervind, E., Dahlin, M. & Andersson, G. (2013). Development and initial evaluation of an Internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: a proof of concept study. *Journal of Medical Internet Research*. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3031>
- Glozier, N., Christensen, H., Naismith, S., Cockayne, N., Donkin, L., Neal, B., Mackinnon, A. & Hickie, I. (2013). Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Adults with Mild to Moderate Depression and High Cardiovascular Disease Risks: A Randomised Attention-Controlled Trial. *PLoS ONE*, *8*(3), 1–8. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0059139>
- Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Hesser, H. & Andersson, G. (2016). Predicting Response to Therapist-Assisted Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Depression or Anxiety Within an Open Dissemination Trial. *Behavior Therapy*, *47*(2), 155–165. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.006>
- Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Nugent, M. M., Hesser, H., Andersson, G., Ivanov, M., Butz, C.G., Marchildon, G., Asmund, G. J., Klein, B. & Austin, D. W. (2014). Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Translating evidence into clinical practice. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(8), 884–893. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.018>
- Hedman, E., Ljostsson, B. & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research*, *12* (6), 745- 764.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., Andersson, E., Rück, C., Svanborg, C., Andersson, G. & Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, *155*(1), 49–58. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.023>
- Hilvert-Bruce, Z., Rossouw, P. J., Wong, N., Sunderland, M. & Andrews, G. (2012). Adherence as a determinant of effectiveness of internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(7–8), 463–468. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.001>
- Hoifodt, R. S., Lillevoll, K. R., Griffiths, K. M., Wilsgaard, T., Eisemann, M., Waterloo, K., & Kolstrup, N. (2013). The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. <http://doi.org/10.2196/jmir.2714>

- Hunkeler, E. M., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Terdiman, J., Meresman, J. F., Porterfield, Y., Lee, J., Dea, R., Simon, G. E., Bauer, M. S., Unützer, J. & Taylor, C. B. (2012). A Web-Delivered Care Management and Patient Self-Management Program for Recurrent Depression: A Randomized Trial. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(11), 1063–1071. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.005332011>
- Imamura, K., Kawakami, N., Furukawa, T. A., Matsuyama, Y., Shimazu, A., Umanodan, R., Kawakami, S. & Kasai, K. (2014). Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) program in manga format on improving subthreshold depressive symptoms among healthy workers: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(5). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0097167>
- Johansson, R., Nyblom, A., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2013). Choosing between Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral therapy for depression: a pilot preference study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 268. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-268>
- Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johnsson, E., Carlbring, P., Andersson, T., Rosseau, A. & Andersson, G. (2012). Tailored vs. standardized internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PloS One*, 7(5), e36905. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0036905>
- Johnston, L., Dear, B. F., Gandy, M., Fogliati, V. J., Kayrouz, R., Sheehan, J., Rapee, R. M. & Titov, N. (2014). Exploring the efficacy and acceptability of Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young adults with anxiety and depression: An open trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(9), 819–827. <http://doi.org/10.1177/0004867414527524>
- Junge, M. N., Lehr, D., Bockting, C. L. H., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P. & Ebert, D. D. (2015). For whom are internet-based occupational mental health interventions effective? Moderators of internet-based problem-solving training outcome. *Internet Interventions*, 2(1), 39–47. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.007>
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, D., Araya, R., Hollinghurst, S. & Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 374(9690), 628–634. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61257-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61257-5)
- Kivi, M., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Petersson, E.-L., Vernmark, K., Johansson, B. & Björkelund, C. (2014). Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from

the PRIM-NET Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6073(June), 1–10. <http://doi.org/10.1080/16506073.2014.921834>

Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., van Straten, A., Riper, H. & Cuijpers, P. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in Internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 63–71. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.013>

Kramer, J., Conijn, B., Oiejevaar, P. & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5). <http://doi:10.2196/jmir.3261>

Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 43–54. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006>

Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: A randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 39(6), 805–834. <http://doi.org/10.1177/0145445515598142>

Lintvedt, O. K., Griffiths, K. M., Sorensen, K., Ostvik, A. R., Wang, C. E. A., Eisemann, M. & Waterloo, K. (2013). Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(1), 10–27. <http://doi.org/10.1002/cpp.770>

Luxton, D. D., Pruitt, L. D., O'Brien, K., Stanfill, K., Jenkins-Guarnieri, M. A., Johnson, K., Wagner, A., Thomas, E. & Gahm, G. A. (2014). Design and methodology of a randomized clinical trial of home-based telemental health treatment for U.S. military personnel and veterans with depression. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), 134–144. <http://doi.org/10.1016/j.cct.2014.04.002>

Ly, K.H., Topoco, N., Cederlund, H., Wallin, A., Bergström, J., Molander, O., Carlbring, P. & Andersson, G. (2015). Smartphone-Supported versus Full Behavioural Activation for Depression: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE* 10(5): e0126559. doi:10.1371/journal.pone.0126559

- Mental Health Foundation. (2016). Depression. Recuperado de <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/d/depression>
- McCusker, J., Cole, M. G., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M., Sussman, T., Ciampi, A., Lavoie, K., Platt, R. W. & Belzile, E. (2015). A randomized trial of a depression self-care toolkit with or without lay telephone coaching for primary care patients with chronic physical conditions. *General Hospital Psychiatry, 37*(3), 257–265 <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.03.007>
- Mewton, L., Hobbs, M. J., Sunderland, M., Newby, J. & Andrews, G. (2014). Reductions in the internalising construct following internet-delivered treatment for anxiety and depression in primary care. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 132–138. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.001>
- Mewton, L., Sachdev, P. S. & Andrews, G. (2013). A Naturalistic Study of the Acceptability and Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Disorders in Older Australians. *PLoS ONE, 8*(8), 1–5. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0071825>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2015). Encuesta nacional de salud mental 2015. Recuperado de [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
- Mogoase, C., Brailean, A. & David, D. (2013). Can concreteness training alone reduce depressive symptoms? A randomized pilot study using an internet-delivered protocol. *Cognitive Therapy and Research, 37*(4), 704–712. <http://doi.org/10.1007/s10608-012-9514-z>
- Moreno, F. a, Chong, J., Dumbauld, J., Humke, M. & Byreddy, S. (2012). Use of standard Webcam and Internet equipment for telepsychiatry treatment of depression among underserved Hispanics. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 63*(12), 1213–7. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201100274>
- Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schröder, J. & Treszl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7–8), 513–521. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.006>

- Mullin, A., Dear, B. F., Karin, E., Wootton, B. M., Staples, L. G., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V. & Titov, N. (2015). The UniWellbeing course: A randomised controlled trial of a transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy (CBT) programme for university students with symptoms of anxiety and depression. *Internet Interventions*, 2(2), 128–136. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.002>
- Nelson, C. B., Abraham, K. M., Walters, H., Pfeiffer, P. N. & Valenstein, M. (2014). Integration of peer support and computer-based CBT for veterans with depression. *Computers in Human Behavior*, 31(1), 57–64. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.012>
- Newby, J. M., Mewton, L., Williams, A. D. & Andrews, G. (2014). Effectiveness of transdiagnostic internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 165, 45–52. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.037>
- Newby, J. M., Williams, A. D. & Andrews, G. (2014). Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 52–60. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.009>
- O’Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. & Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 65–72. <http://doi.org/10.1002/da.20507>
- O’Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S. & Warren, F. C. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(8), 1675–89. <http://doi.org/10.1017/S0033291713002092>
- O’Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Lynch, T. R. & Taylor, R. S. (2013). Internet-based behavioral activation-Treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 814–822. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.005>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Depression: A global public health concern. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf)
- Páez, M. & Gutiérrez, O. (2002). Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso. Ediciones Pirámide.

- Plata, L. A., Cárdenas, G., Duran, X. & De la Rosa, A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15.
- Richards, D., Timulak, L., O'Brien, E., Hayes, C., Viganò, N., Sharry, J. & Doherty, G. (2015). A randomized controlled trial of an internet-delivered treatment: Its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 20–31. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.005>
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A. & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: Results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 28–35. <http://doi.org/10.1111/eip.12137>
- Rochlen, A. B., Zack, J. S. & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (3), 269-283.
- Schueller, S. M. & Parks, A. C. (2012). Disseminating self-help: Positive psychology exercises in an online trial. *Journal of Medical Internet Research*. <http://doi.org/10.2196/jmir.1850>
- Sharry, J., Davidson, R., McLoughlin, O. & Doherty, G. (2013). A service-based evaluation of a therapist-supported online cognitive behavioral therapy program for depression. *Journal of Medical Internet Research*. <http://doi.org/10.2196/jmir.2248>
- Sheeber, L. B., Seeley, J. R., Feil, E. G., Davis, B., Sorensen, E., Kosty, D. B., & Lewinsohn, P. M. (2012). Development and pilot evaluation of an Internet-facilitated cognitive-behavioral intervention for maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 739–49. <http://doi.org/10.1037/a0028820>
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Kayrouz, R., Klein, B. Gandy, M. & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults With Symptoms of Depression: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 193–205. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>

- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441–452. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P. M. & Rapee, R. M. (2013). Improving Adherence and Clinical Outcomes in Self-Guided Internet Treatment for Anxiety and Depression: Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T. & Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 368–376. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.005>
- Wagner, B., Horn, A. B. & Maercker, A. (2014) Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 113-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.032>
- Williams, A. D., Blackwell, S. E., Mackenzie, A., Holmes, E. A., & Andrews, G. (2013). Combining Imagination and Reason in the Treatment of Depression: A Randomized Controlled Trial of Internet-Based Cognitive-Bias Modification and Internet-CBT for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 793–9. <http://doi.org/10.1037/a0033247>
- Wong, N., Kady, L., Mewton, L., Sunderland, M., & Andrews, G. (2014). Preventing anxiety and depression in adolescents: A randomised controlled trial of two school based Internet-delivered cognitive behavioural therapy programmes. *Internet Interventions*, 1(2), 90–94. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.05.004>