

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS
2. **TÍTULO:** PROGRAMAS COGNITIVOS CONDUCTUALES EN LÍNEA PARA LA DEPRESIÓN EN ESPAÑOL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
3. **AUTOR (ES):** Ana Sofía Gómez Castelblanco, Maribel Yurany Herrera Vigoya, Carlos David Méndez Carrillo
4. **LUGAR:** Bogotá, D.C
5. **FECHA:** febrero de 2021
6. **PALABRAS CLAVE:** depresión, enfoque cognitivo conductual, terapia entregada por internet, Chile, México, España, Sonreír es divertido.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El objetivo principal de este proyecto es describir las características de los programas cognitivos conductuales en línea para la depresión existentes en español con el fin de conocer la aceptabilidad y eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva. Este estudio incluye 5 programas, liderados en Chile (1), México (2) y España (2). Se presentan Tablas comparativas en donde se integran las características, estructuras y resultados de las investigaciones de cada terapia entregada por internet. También se describen los componentes asociados y diferenciales entre los 5 programas bajo los criterios de (1) la aceptabilidad, en tanto a las consideraciones que los usuarios hacen del programa y (2) la eficacia, en los estudios aplicados en función a la reducción de los síntomas de la depresión.
8. **LINEAS DE INVESTIGACIÓN:** Línea de Investigación de la USB: Salud y Vida. Sublínea de Facultad de Psicología Posgrados: Salud Mental y Tecnología. Campo temático del programa:
9. **METODOLOGÍA:** es una revisión sistemática a través de la búsqueda en 8 bases de datos digitales, los resultados obtenidos de los 14 artículos se analizaron mediante la construcción de tres tablas comparativas y se describen los alcances, limitaciones de los distintos protocolos de intervención.
10. **CONCLUSIONES:** Con base a estos 5 protocolos se asociaron componentes que hacen alusión (1) acceso, (2) herramienta de uso, (3) gravedad de los síntomas, (4) población dirigida, (5) fines preventivos, (6) duración (7) estudio de aceptabilidad, (8) objetivo y (9) medidas de evaluación aplicadas. En cuanto a los componentes diferenciales referidos a las bondades se relacionan el contenido, los recursos interactivos, el uso del sistema, el lenguaje, la presencia de un soporte, el seguimiento, el suministro de material e indicadores de eficacia. En mención a las oportunidades de mejora comprenden la necesidad de continuar en estudios que permitan documentar más sobre su eficacia y costo-efectividad. Razón por la cual, estos tratamientos cognitivos conductuales entregados por internet enriquecen el abanico de posibilidades para aproximar la atención en la población que padece depresión, de modo particular en países latinoamericanos, que contribuyen a reducir las barreras idiomáticas, económicas, geográficas, estigmas, tiempos y hasta las nuevas situaciones derivadas de la actual pandemia (COVID-19).

**Programas Cognitivos Conductuales en Línea para la Depresión en Español: Una revisión
Sistemática**

Ana Sofía Gómez Castelblanco

Maribel Yurany Herrera Vigoya

Carlos David Méndez Carrillo

Dirigida

Ph.D. Alicia Salamanca Sanabria

Ph.D. Claudia Guarnizo-Guzmán

Universidad San Buenaventura

Especialización en intervención psicológica en situaciones de crisis

Bogotá

2020

Tabla de Contenido

Resumen, 4

Abstract, 5

Introducción, 7

Metodología, 16

Resultados, 18

Conclusiones, 27

Referencias, 33

Tablas y Gráficas

Tabla 1: Programas en línea en idioma español.

Tabla 2: Programas en línea para la depresión en el idioma español-México.

Tabla 3: Programa en línea para la depresión en el idioma español-Chile.

Tabla 4: Programas en línea para la depresión en castellano-España.

Tabla 5: Módulos Programas en línea para la depresión en idioma español.

Tabla 6: Resultados de investigaciones de programas en línea para la depresión en español.

Resumen

El objetivo es describir las características de los programas cognitivos conductuales en línea para la depresión existentes en español con el fin de conocer la aceptabilidad y eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva.

Este estudio de revisión sistemática se realizó a través de la búsqueda en 8 bases de datos digitales Dialnet, Redalyc, ResearchGate, Scielo, PubMed, SemanticScholar, Academia y ScienceDirect. Se empleó el motor de búsqueda Google Académico, combinando descriptores. Teniendo como criterios de inclusión: ser programas con enfoque cognitivo conductual por internet realizados en países de Latinoamérica o que fueran en castellano y criterios de exclusión: programas en línea con otro tipo de enfoque conceptual, programa cognitivo conductual para otros tipos de trastornos y programa en línea cognitivo conductual para la depresión en inglés u otros idiomas.

Se seleccionaron 5 programas, liderados en Chile (1), México (2) y España (2) con 14 artículos relacionados. Se integró la información mediante tablas con criterios comparativos basados en las características, estructuras y resultados de las investigaciones de cada terapia entregada por internet.

Los 5 programas mediados por la tecnología enriquecen el abanico de posibilidades para aproximar la atención en la población que padece depresión, en donde se reducen las barreras idiomáticas, económicas, geográficas, estigmas, tiempos y hasta las nuevas situaciones derivadas de la actual pandemia (COVID-19). Destacando que el programa que dispone con un mayor número de estudios revisados, es Sonreír es Divertido, el cual puede ser a futuro adaptado culturalmente en Colombia.

Palabras clave: depresión, enfoque cognitivo conductual, terapia entregada por internet, Chile, México, España, Sonreír es divertido.

Abstract

The objective is to describe the characteristics of existing online cognitive behavioral programs for depression in Spanish in order to know their acceptability and efficacy in reducing depressive symptomatology.

This systematic review study was conducted through a search in 8 digital databases Dialnet, Redalyc, ResearchGate, Scielo, PubMed, SemanticScholar, Academia y ScienceDirect. The Google Academic engine was used, combining descriptors. Having as inclusion criteria: being programs with a cognitive-behavioral approach through the internet carried out in Latin American countries or being in Spanish and exclusion criteria: online programs with another type of conceptual approach, cognitive-behavioral program for other types of disorders and online cognitive-behavioral program for depression in English or other languages.

5 programs were selected, led by Chile (1), Mexico (2) and Spain (2) with 14 related articles. The information was integrated by means of tables with comparative criteria based on the characteristics, structures and results of the investigations of each therapy delivered by internet.

The 5 programs mediated by technology enrich the range of possibilities to bring closer the care in the population suffering from depression, where the language, economic, geographical, stigmas, time and even new situations derived from the current pandemic are broken (COVID-19). Emphasizing that the program with the largest number of studies reviewed is Smile is Fun, which can be culturally adapted in Colombia in the future.

Keywords: depression, cognitive-behavioral approach, internet-delivered therapy, Chile, Mexico, Spain, Smile is Fun.

La depresión es un trastorno del estado del ánimo bajo, caracterizado por la pérdida de interés, en casi todas las áreas de ajuste, con alteración funcional en sus actividades cotidianas (APA, 2016), asociada a factores biológicos, psicológicos, eventos vitales estresores y sociales (OMS, 2020). Se estima que 350 millones de personas la padecen (OMS, 2020) y para el 2030 se prevé que ocupará el primer lugar como la enfermedad más incapacitante a nivel mundial (OMS, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (2018) refiere que la carga de los trastornos mentales, está relacionada con la inversión pecuniaria que hacen los países en la atención, donde la diferencia entre países de altos y bajos ingresos, es que, en países de altos ingresos, se generan una mayor provisión y mejor asignación de recursos dirigidos al nivel de intervención primaria y servicios comunitarios, mientras que, en países de bajos ingresos, la asignación del presupuesto es menor y se invierten en hospitales neuropsiquiátricos especializados.

En Europa, se llevó a cabo una investigación titulada *The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013*, a través de una búsqueda en distintas bases de datos y aplicación de 174 encuestas, en 63 países, los participantes tenían 16-65 años, donde se indicó que 1 de cada 5 encuestados cumplió los criterios de un trastorno mental durante los 12 meses previos, los trastornos de estado de ánimo afectaban a 1 de cada 20 personas y el 14 % de ellos tenían un trastorno del estado de ánimo, depresión mayor y fobia siendo los trastornos individuales con mayor prevalencia (Steel et al., 2014).

Por otra parte, el reporte de la Región de las Américas, hace un análisis conjunto de Centroamérica, Caribe, América del sur, Canadá y Estados Unidos, registrando, un rango mayor en Paraguay (9,4%), y, el más bajo en Canadá (5,9%), cuyo promedio total es de 7,8%. Dentro

de esta clasificación, en Suramérica se concluye que: 1) los cinco países con mayor prevalencia en depresión es Paraguay (9,4%), Brasil (9,3%), Perú (8,6), Ecuador (8,3%) y Colombia (8,2%), 2) estos países superan el estándar (7,8%) y 3) puntúan más en edades entre 15 a 50 años (OPS, 2018).

En relación con el género, las mujeres tienen dos veces más riesgo de un episodio de depresión mayor comparado con los hombres. Las posibles causas incluyen la parte biológica/hormonal, estado socioeconómico, el rol como cuidadora, riesgo al trauma, la exposición a la violencia de género (Rueda, 2018) y tienen mayor probabilidad de solicitar apoyos sanitarios o sociales, mientras que, los hombres presentan dificultad para reconocer los síntomas o prefieren evitarlos consumiendo drogas o con mecanismos como el suicidio, donde existen un mayor número de casos de suicidios consumados (Londoño & González, 2016).

Adicionalmente, en la actualidad, el mundo está atravesando por la pandemia del COVID-19 una infección que puede llevar de un síndrome respiratorio agudo severo hasta la muerte (OMS, 2019) y el impacto en la salud mental, no se ha hecho esperar, se reporta que los grupos poblacionales más vulnerables son los equipos de salud, mujeres, personas de edad avanzada, con enfermedades crónicas y las que presentan trastornos mentales (OMS, 2020).

Esto puede asociarse a estresores como tener síntomas similares del virus, el deterioro de la salud física y mental, en los cuidadores dejar solos a sus hijos en casa, miedo de contagiar a otros, las medidas rigurosas de bioseguridad, pérdidas económicas, adicional, en el personal sanitario la estigmatización de trabajar con pacientes que presentan la enfermedad, falta de suministros y alta carga laboral. Alrededor de esta situación, se ha evidenciado en la población efectos psicológicos como el temor, ansiedad, angustia y depresión (OPS, 2020).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), expone el panorama de la depresión en cinco aspectos: (1) por lo menos, cuatro síntomas depresivos o ansiosos, donde la mujer manifiesta un mayor número (54,5%) que el hombre (46,4%), (2) en las zonas del país, los índices más altos se ubican en Bogotá (10, 7%), seguido de la región pacífica (3,7%), (3) área de residencia, niveles significativos en adultos en el área urbana que en la rural, (4) situación económica, los que viven en condiciones vulnerables tienen más afectación y (5) los grupos de edad, más alta en jóvenes entre 18 a 44 años que en adultos (Gómez-Restrepo, 2016).

Sobre la pandemia COVID 19 en el país, se encuestaron a 18061 personas entre el mes de mayo y junio del año 2020, revelando mayor afectación en los adultos entre 18-29 años donde el 35% ha experimentado síntomas de depresión, el 31% somáticos, el 29% de ansiedad y el 21% de soledad (Guzmán et al., 2020). En otro estudio, participaron adultos entre 18 a 24 años, durante y después de la cuarentena, en Bogotá, Lima y Buenos Aires, cuyos niveles de depresión experimentados fueron 68.1% en distintos niveles; los hombres el 63.4% y el 70.3% mujeres presentaron altos niveles y el 17% presentó niveles severos (Diez-Canseco et al., 2020).

A partir de estos datos epidemiológicos de la depresión a nivel mundial como en Europa, América, Suramérica y Colombia se generan indicadores de alerta que impulsan adoptar medidas concretas y eficaces en función de amortiguar los efectos en la salud mental de la población, por lo tanto, para una mejor comprensión de esta afectación se procede hacer una revisión en la conceptualización y sintomatología de la depresión.

El concepto de la depresión, aparece a mediados del siglo XIX, para referirse a una variación emocional que conlleva a una afectación funcional (Botto et al., 2014). La OMS (s.f) la define como un trastorno mental común donde la persona experimenta cansancio, alteraciones en

el sueño o apetito, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa o baja autoestima; disminución en el interés o disfrute de las actividades, puede pasar de leve a crónica, impactando las áreas de ajuste, cuya consecuencia más compleja es el suicidio.

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-V (APA, 2013), establece que la depresión se caracteriza por la presencia de los síntomas, propiamente, en los criterios de un trastorno depresivo mayor, específica, que se dan en un periodo de 2 semanas, con una modificación en sus áreas de desempeño. Allí, se contemplan 9 síntomas, de los cuales, se ha manifestado 5 o más, casi todos los días, según lo describe la persona o lo perciben los demás, provocando un malestar significativo o detrimento social, y, no se atribuyen por efectos de una sustancia, condición médica, otro tipo de pérdida o trastorno.

Del mismo modo, aclara, que por lo menos, hay (1) un estado de ánimo depresivo (sentimiento de tristeza, vacío y desesperanza; llanto) y (2) disminución del interés y placer en las actividades. Los otros síntomas, se refieren a (3) la alteración considerable del peso y apetito, (4) cambios en los patrones de sueño, (5) agitación o enlentecimiento psicomotor, (6) fatiga o falta de energía, (7) sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa, (8) dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y (9) pensamientos frecuentes de muerte, ideas suicidas (sin un plan), intento de suicidio o plan para ejecutarlo (APA, 2013).

Si bien, el grado de complejidad se comprende por el número, gravedad de los síntomas y el nivel de discapacidad en las tareas habituales, que se clasifican en leve (pocos o ningún síntoma más de los requeridos, es manejable, poca afectación social o laboral), moderado (están en el intervalo entre las especificaciones de leve y grave), y, grave (más síntomas de los previstos, no es manejable, obstaculiza su acción social y laboral) (APA, 2013).

Razón por la cual, sobre la intervención de la depresión, constantemente ha estado la necesidad de diseñar, implementar y replicar los tratamientos que, desde el campo de la psicología clínica, contribuyan a la reducción en la sintomatología depresiva. A continuación, se exponen los resultados obtenidos en diferentes investigaciones que se han efectuado, enfatizando en aquellos, que son más efectivos en el ambiente terapéutico.

En los meta-análisis realizados por Cuijpers et al. (2011), Cuijpers et al. (2013) y Cuijpers et al. (2018) encuentran que algunos tratamientos que se usan para la depresión son el tratamiento farmacológico, la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal, la psicoterapia dinámica a corto plazo, la terapia de apoyo, solución de problemas y la activación conductual, con mayor eficacia para el manejo de la depresión en comparación con un grupo control, esto quiere decir, que éstas terapias disminuyen sintomatología depresiva en los pacientes.

Pero, el efecto entre las terapias puede ser distinto, Cuijpers et al. (2011) desarrollaron un meta-análisis donde se encontró que la farmacoterapia es ligeramente más eficaz que la psicoterapia, aunque, no es lo suficientemente significativa ($p > .05$), como para establecer que una sea más efectiva que la otra. Sin embargo, sí se observó una diferencia significativa en las tasas de abandono, en la psicoterapia es menor, en comparación, a la farmacoterapia, al igual que, contrastando la farmacoterapia con la terapia combinada (psicoterapia y farmacoterapia) (Cuijpers et al., 2011; Cuijpers et al., 2013; Cuijpers et al., 2020).

Los meta-análisis dirigidos a la terapia cognitiva conductual (TCC), determinan que cuenta con suficiente evidencia empírica, sustentando su efectividad en el manejo de la depresión, la integración con la farmacoterapia, es superior que cuando se aplica sólo la

farmacoterapia; los efectos a largo plazo que tiene la TCC es mayor, debido a que, los pacientes reportan menor recaída después de 1 y 2 años de haber finalizado la intervención. Mientras que la TCC más la activación conductual, tiene mayor efecto en la disminución de la sintomatología depresiva, en contraste, a la TCC cuando se administra de forma independiente (Cuijpers et al., 2013; Cuijpers et al., 2017).

En población adulta, los meta-análisis, mencionan que la psicoterapia tiene el mismo efecto, tanto en adultos jóvenes como en adultos mayores, por ende, no se encuentra evidencia empírica que demuestre menor eficacia en la gravedad de la sintomatología depresiva en estos grupos etáreos (Cuijpers et al., 2011; Cuijpers et al., 2020).

A pesar de que los hallazgos confirman que los tratamientos para la depresión son variados, la mayoría de personas con un trastorno depresivo no reciben la asistencia necesaria, especialmente, aquellos que residen en países de bajos ingresos y en vía de desarrollo. No obstante, las personas que son tratadas (20%) manifiestan que en muchas ocasiones se usan fármacos para su tratamiento, en lugar de otras terapias (Cuijpers et al., 2018).

Sobre este asunto, Cuijpers et al. (2013) en un meta-análisis, habían concluido que la psicoterapia fue más eficaz en Europa, en relación con los demás países que usaban psicoterapia como intervención para la depresión. Sin embargo, en otro meta-análisis, analizó la eficacia de los tratamientos para la depresión en países no occidentales de bajos ingresos y países en desarrollo, con los países occidentales de altos ingresos, para examinar si tenían el mismo el efecto, expusieron que las terapias son tan efectivas, en países de bajos ingresos como en países de altos ingresos, no encontrando diferencias entre ellos (Cuijpers et al., 2018).

En un reciente meta-análisis en red liderado por Cuijpers et al. (2020) cuyo objetivo era establecer los efectos de las psicoterapias, farmacoterapia y su combinación para el tratamiento de la depresión, declararon que la intervención combinada y la TCC sola, fueron más efectivas que la farmacoterapia (los resultados fueron similares para la depresión crónica). Pero no fue así, para pacientes con depresión moderada, donde la terapia integrada tuvo un efecto mayor, que, la TCC y la farmacoterapia por separado.

Los resultados presentados hasta el momento permiten conocer los distintos tratamientos en el abordaje de la depresión. Dentro de los cuales, la terapia cognitiva conductual (TCC) basada en la evidencia cuenta con resultados que respaldan su eficacia en la reducción de los síntomas y efectos sostenidos en el tiempo (Cuijpers et al., 2013).

De igual modo, se plantean otras modalidades para ofrecer apoyo psicológico a las personas que padecen depresión, y esto, a través de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) que difieren de la forma en que tradicionalmente se han llevado a cabo, es decir, el contacto presencial, cara a cara, entre el terapeuta y paciente. Al respecto, en distintos meta-análisis se ha comprobado que los programas de intervención entregados por internet son igualmente eficaces (Richards et al., 2018).

Con respecto a los trabajos investigativos en terapias en línea, se concluye en una revisión sistemática y meta-análisis, que este tipo de formatos favorece el acceso, generan un costo mínimo, ejecutadas por la misma persona, con o sin apoyo, aunque, resaltan una mayor adherencia y eficacia cuando son respaldados por un soporte, envío de mensajes por correo electrónico, llamadas telefónicas entre otras (Richards & Richardson, 2012) que pueden ser

entregadas a un mayor número de personas que la terapia tradicional; al tener acceso al servicio 24 horas, en cualquier lugar y espacio (Wright et al., 2019).

Adicionalmente, un estudio por Hedman et al. (2012) comprueba que la terapia cognitivo conductual entregada por internet (iCBT sus siglas en inglés) es tan eficaz como la TCC cara a cara para el tratamiento de la depresión, fobia social y el trastorno de pánico; valorando su utilidad en la atención primaria, ahora bien, en contraste a la terapia tradicional, el terapeuta puede ofrecer asistencia a varios clientes, de forma paralela, y, sugiere ser más rentable (costo-efectividad).

Cabe recalcar que, esto no ha sido suficiente para lograr una mayor cobertura poblacional, la literatura establece la eficacia de programas por internet en lengua inglesa, países estadounidenses y europeos; mientras que, en América Latina, las investigaciones en español son escasas (Martínez-Taboas, 2015; Tiburcio et al., 2016). Se confiere desarrollar profundidad de análisis, ya que, en este sentido, su uso será aún mayor, mejorando la calidad de vida de los usuarios, por medio de métodos alternativos como aplicaciones, dispositivos móviles o portátiles (Richards et al., 2018).

Por ello, implementar terapias en línea, hoy en día, es la elección más considerable, dado que muchas de estas personas no acceden o no pueden acceder a servicios terapéuticos por condiciones de ubicación (zonas rurales y población marginada), económicas (costos del tratamiento, dinero requerido para el traslado), tiempo (de desplazamientos, accesos de horarios), estigma social (por el uso de servicios de salud mental), o por el virus COVID-19 (Naeem et al., 2011; Lara et al., 2014; Tiburcio et al., 2016; Wright et al., 2019).

Ahora bien, en el contexto colombiano, la viabilidad de recibir asistencia psicológica, mediante la tecnología, por un lado, es posible, según el último reporte del año 2019, la conectividad a internet fue de 7.0 millones, es decir, 337.452 accesos más que en el mismo trimestre del año anterior, esto es, 6.7 millones (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones [MinTic], 2020).

Por otro lado, es necesaria, a raíz de la situación actual, tras la aparición del COVID-19, la OMS (2020) declara que, entre el mes de junio y agosto en 130 países del presente año, se estimó que el 70% de los países han acudido a la telemedicina o teleterapia para contrarrestar las limitaciones en la atención cara a cara, tradicional, de los cuales, fueron adoptadas más del 80% en los países de altos ingresos, aunque no llega al 50% en los países de bajos ingresos.

De ahí que, los tratamientos entregados por internet constituyen una aproximación alternativa y útil en la prestación de servicios psicológicos oportunos y eficaces con la población, principalmente en la pandemia actual, en el que las situaciones de crisis a nivel mundial van en aumento y donde la necesidad de lograr una atención que de mayor cobertura poblacional, es cada vez más apremiante, especialmente en países de medianos ingresos y en vía de desarrollo.

A partir de este planteamiento, surgen los siguientes cuestionamientos ¿qué programas cognitivos conductuales en línea existen en idioma español para el tratamiento de la depresión?, ¿qué ofrece cada programa?, ¿cuáles son sus bondades y oportunidades de mejora? y ¿cuál sería la mejor alternativa posible para ajustarla en la práctica clínica en Colombia?

El presente estudio tiene como objetivo describir las características de los programas cognitivos conductuales en línea para la depresión existentes en español, con el fin de conocer la aceptabilidad y eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva.

Metodología

En el presente estudio se consultan los programas cognitivos conductuales en línea para la depresión que son intervenciones entregadas por internet donde la misma persona es quien lo ejecuta, decide cuándo y el ritmo que lo va a usar, algunos, por ejemplo, están orientados a la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales (Mira et al., 2016), no solamente, para aquellos que tengan alguna dificultad, sino también, para quienes busquen mejorar su estado psicológico (Labpsitec, s.f.).

Esta modalidad de terapia se incluye dentro de lo que se conoce como Telepsicología, definida como una forma de ofrecer atención psicológica a través de teléfonos, dispositivos móviles, videoconferencias, correos electrónicos, chats e internet, los cuales pueden combinarse. La interacción se puede dar de manera sincrónica, es decir, la transmisión y recepción de información se presenta en un mismo momento (teléfono, videoconferencia interactiva), o asincrónica, en distintos tiempos (correo electrónico, anuncios en línea, internet) (APA, 2013).

La revisión se llevó a cabo a través de textos localizados en distintos artículos científicos, en idioma inglés y español, recuperados de 8 bases de datos digitales que fueron Dialnet, Redalyc, ResearchGate, Scielo, PubMed, SemanticScholar, Academia y ScienceDirect. La recolección de información, se fue enriqueciendo a partir de los estudios citados en los artículos.

Para ello, se empleó el motor de búsqueda Google Académico, combinando descriptores como: web based intervention for depressive, on line program for depressive symptoms, internet based Intervention for depression, cognitive behavioral internet program, intervenciones de psicoterapia por ordenador para depresión, programas on line para la depresión y programas de autoayuda para la depresión.

Sin embargo, otros tipos de fuentes fueron los enlaces directos para acceder a la página de los programas, de los cuales no fue posible, debido a que tenían conexión privada. No se realizó discriminación en cuanto al año, teniendo en cuenta que los estudios que contribuían al objetivo de la presente investigación, son muy escasos, más aún, en America Latina, de ahí que, los artículos seleccionados datan desde el 2014 en adelante.

Dentro de los criterios de inclusión, se destacaron los programas con enfoque cognitivo conductual por internet realizados en países de Latinoamérica o que fueran en castellano para el tratamiento de la depresión, presentados en artículos en idioma inglés y español. Mientras, los criterios de exclusión se determinaron para programa en línea con otro tipo de enfoque conceptual, programa cognitivo conductual para otros tipos de trastornos y programa en línea cognitivo conductual para la depresión en inglés.

Posteriormente, los resultados obtenidos de los 14 artículos se analizaron mediante la construcción de tres tablas donde se comparan (1) las generalidades de cada tratamiento por internet según el país de origen, (2) los módulos que los componen y (3) los resultados de estudios basados en dos criterios en donde se sustenta la aceptabilidad, evaluación del programa que hacen los usuarios y su eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva.

En efecto, este proceso permitió sintetizar y desarrollar el análisis comparativo de las características, alcances, limitaciones de los distintos protocolos de intervención, para luego, llegar a la consideración de cuál podría ser de gran ayuda para adaptar en el contexto colombiano en próximas investigaciones.

Resultados

De acuerdo con el objetivo de este estudio se revisaron los programas cognitivos conductuales en línea para la depresión en castellano, de los cuales, se relacionaron 5 de países como México, Chile y España (Ver tabla 1).

Tabla 1: *Programas en línea en idioma español.*

País	Programa
México	Ayuda para la Depresión “ADep” Programa de Ayuda para Abuso de Drogas y Depresión “PAADD”
Chile	Programa Apoyo, Seguimiento y Cuidado de Enfermedades a partir de Sistemas Operativos “ASCENSO”
España	Sonreír es Divertido “SED” iFightDepression “iFDep” (disponible en 11 idiomas entre ellos español)

La exploración en terapias de baja intensidad cognitivo conductual para la depresión en castellano, señala a México, con dos programas, uno, Ayuda para la Depresión “ADep” dirigido a una intervención de autoayuda en web (de usuarios registrados en cuatro años) en mujeres, como medio alternativo de acceso a servicios de salud y apoyo social, revelando altas tasa de aceptación y satisfacción (Lara et al., 2014), y, el otro, Programa de Ayuda para Abuso de Drogas y Depresión “PAADD”, en el que se ha indicado una reducción de los mismos, aceptabilidad y usabilidad (Tiburcio et al., 2016; Tiburcio et al., 2018).

En Chile, el programa Apoyo, Seguimiento y Cuidado de Enfermedades a partir de Sistemas Operativos “ASCENSO” de apoyo en pacientes que habían finalizado un tratamiento médico, el cual recibió la aceptabilidad por los usuarios (Espinosa et al., 2016). En España, dos programas de autoayuda, iFightDepression “iFDep” y Sonreír es Divertido “SED” para adultos con sintomatología depresiva de leve a moderada que buscan mejorar la competencia de pensamientos flexibles y capacidad de afrontamiento que prometen ser muy eficaces (Gasteiz, 2014).

De allí se comprende que aun cuando los 5 tratamientos manejan un mismo enfoque, se dirijan a una población similar y emplee la modalidad de internet cada uno difiere en los mecanismos para la consecución de sus objetivos, de modo particular, en las estrategias, la participación de un soporte y sus medidas de evaluación.

En los estudios relacionados, vale destacar que en el programa ADep sólo se logró recolectar información en cuanto a las observaciones que los usuarios hacen acerca de su usabilidad, utilidad y satisfacción, pero no en términos de conocer su eficacia en la sintomatología depresiva.

En el caso de SED, la búsqueda arrojó más de dos investigaciones, de las cuales, se incluyeron las más recientes cumpliendo con los dos criterios de base para el ejercicio comparativo (1) la aceptabilidad, en tanto a las consideraciones que los usuarios hacen del programa y (2) la eficacia, en los estudios aplicados en función a la reducción de los síntomas de la depresión (ver tabla 2,3, 4,5 y 6).

Tablas

Tabla 2. Programas en línea para la depresión en el idioma español-México.

Programa	Autor. Año Acceso. Población.	Enfoque. Estrategias. Recursos.	Objetivo	Duración. Nº de sesiones. Soporte.	Instrumentos y periodicidad de evaluación
ADep	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuentes Muñiz. 2009. Gratuito, limitado al país. Adulto (18-40 años) con sintomatología leve a moderada.	TCC. Psicoeducación. Viñetas. Mensajes grabados. Ejercicio de relajación. Libro de trabajo personal, autoayuda. Blogs. Foros de discusión de usuarios.	Prevención. Identificar síntomas y características que influyen en la depresión ofreciendo estrategias que ayuden aprender, pensar y actuar de modo distinto. Brindar espacios de interacción social a través de chats y foros.	8 semanas. 7 módulos. No incluye atención de un profesional.	CES- D Evaluación inicial, intermedia después del módulo 3 y al finalizar el módulo 7.
PAADD	Tiburcio, M. et al. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2016. Gratuito, limitado al país. Adulto (18-25 años) Consumidores de sustancia con una sintomatología depresiva leve.	TCC. Basada en manual de autoayuda, programa ADep y programa Beber Menos. Psicoeducación. Ejercicios de relajación. Análisis funcional. Reestructuración cognitiva (Enlace con ADep). Autocontrol. Refuerzo positivo. Prevención en recaídas. Imágenes, viñetas.	Prevención. Tratar el abuso de sustancias y síntomas depresivos ofreciendo estrategias para modificar el patrón de uso, mantenerse y prevenir recaídas.	8 semanas con posibilidad de extensión. 4 pasos. Cuenta con un soporte, contacto inicial cara a cara y hace seguimiento a través de recordatorios (mensajes).	Prueba de detección de alcohol, tabaco y participación en sustancias. DAST-20. PHQ-9. RCQ Registro de la cantidad de drogas y dinero gastado. Evaluación inicial (presencial), final y seguimiento

CES-D: Centro de Estudios Epidemiológicos Escala de depresión. TCC: Terapia cognitiva conductual. DAST -20: Prueba de Detección del Abuso de Drogas-20. PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente. RCQ: Readiness to Change Questionnaire (medir preparación para el cambio)

Tabla 3. Programa en línea para la depresión en el idioma español-Chile.

Programa	Autor. Año	Enfoque. Estrategias. Recursos.	Objetivo	Duración. N° de sesiones. Soporte.	Instrumentos y periodicidad de evaluación
ASCENSO	Espinosa, D. 2014. Chile. Gratuito. Adulta (18-65 años) con sintomatología depresiva leve.	TCC. Vigilancia. Plan de autocuidado. Asesoramiento on-line. Información psicoeducativa. Noticias. Emergencia. Contacto.	Prevención. Ofrecer diversos niveles de apoyo según las necesidades de los pacientes brindando asistencia después de terminar su tratamiento, para reducir la recurrencia de crisis y ampliar el tiempo de salud psíquica.	8 semanas. 8 módulos. Incluye profesionales de apoyo.	PHQ-9: Seguimiento inicial y quincenal Cuestionario de aceptabilidad y satisfacción. Entrevistas semiestructuradas de un subgrupo para evaluar la experiencia.

PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente

Tabla 4. Programas en línea para la depresión en castellano-España.

Programa	Autor. Año Acceso. Población.	Enfoque. Estrategias. Recursos.	Objetivo	Duración. N° de sesiones. Soporte.	Instrumentos de evaluación.
iFDep.	La Alianza Europea contra la Depresión (EAAD) y apoyado por la Agencia Europea para la Salud y Consumo (AESC). 2014. Gratuito, disponible en 11 idiomas. Adultos y jóvenes.	Cognitivo-Conductual. Material de autoayuda. Módulos informativos (Dieta saludables, Contacto social, Organizar el día, Ejercicio físico y Hábitos de sueño saludables). Tareas semanales. activación conductual. Reestructuración cognitiva.	Prevención. Proporcionar información sobre la depresión. Ayudar a autogestionar sus síntomas depresivos a fin de motivar la práctica de nuevas habilidades y el autocontrol.	7 semanas. 7 módulos. Cuenta con el contacto de un profesional que retroalimenta a lo largo del programa.	PHQ-9. Escala de clasificación de Depresión de Hamilton ICG-m. RDQ. EQ-5 d. FAST. Cuestionario de Satisfacción propio del programa. Evaluación inicial, durante y final.
SED	Grupo de Investigación Labsitec. 2013. Gratuito.	Cognitivo-Conductual. Psicoeducación. Motivación para el cambio. Terapia cognitiva. Prevención de recaídas. Activación conductual. Psicología Positiva. Videos, imágenes,	Prevención y tratamiento de estado de ánimo deprimido o ansioso, situaciones de estrés, sino también, a quienes deseen adquirir nuevas formas	6-10 semanas. 10 módulos. Se brinda con o sin asistencia de un terapeuta.	PHQ-9. BDI-II. OASIS. ODSIS. QLI. PANAS. MINI. PSS. Escala de Satisfacción sobre el tratamiento.

Adultos (18-65 años) con sintomatología leve a moderada.	diario de actividades, calendario, gráficos y tareas.	funcionales de afrontar los sucesos diarios.	Evaluación inicial, durante, final y seguimiento.
--	--	---	---

PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente, ICG-m: Escala de la Impresión Clínica Global de Gravedad y Mejoría, RDQ: Remisión del Cuestionario de la Depresión, EQ-5 d: Escala de Calidad de Vida de EuroQoL, FAST: Prueba corta de evaluación del funcionamiento, BDI II: Inventario Depresión de Beck-Segunda edición, OASIS ODSIS: Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad y de la depresión, MiNi: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, PANAS: Positive and Negative Affect Scale; QLI: Multidimensional Quality of Life Questionnaire, PSS: Perceived Stress Scale

Tabla 5. Módulos Programas en línea para la depresión en idioma español

ADep	PAADD	ASCENSO	iFDep	SED
"Bienvenido a ADep" Evaluación de la línea de base.	Paso 1. Mi punto de partida. Paso 2. ¿Dónde quiero estar? Paso 3. Estrategias para cambiar (Aquí se hace el enlace con el programa ADep). Paso 4. Mantener el cambio	1. Vigilancia. 2. Plan de autocuidado. 3. Asesoramiento on-line. 4. Información psicoeducativa. 5. Información general sobre la depresión 6. Noticias 7. Emergencia. 8. Contacto.	Versión para adultos 1. Pensar, sentir y hacer. 2. Sueño y depresión. 3. Planificar y hacer cosas que tú disfrutas. 4. Resolviendo las cosas. 5. Identificar pensamientos negativos. 6. Cambiar los pensamientos negativos. 7. Aprendiendo a vivir. 8. Aprendiendo a vivir. 9. Viviendo y aprendiendo 10. ¿Y a partir de ahora qué...?	1. Manejo de medicación. 2. Higiene del sueño. 3. Motivación para el cambio. 4. Entendiendo los problemas emocionales. 5. Aprendiendo a ponerse en marcha. 6. Aprendiendo a ser flexible. 7. Aprendiendo a disfrutar. 8. Aprendiendo a vivir. 9. Viviendo y aprendiendo 10. ¿Y a partir de ahora qué...?
1. Síntomas de depresión y factores de riesgo para la depresión. 2. Los pensamientos negativos que afectan al estado de ánimo. 3. Patrones de pensamiento negativo aprendidos de la infancia CES-D. 4. Los estresantes cotidianos y los acontecimientos de la vida. 5. El rol/estereotipo femenino y la depresión. 6. Apoyo social y actividades placenteras.				

7. Violencia, adicciones y depresión.
 Resumen final (programa HDep).
 Evaluación del usuario final y evaluación del CES-D.

1. Estilo de vida saludable.
2. Ansiedad social.
3. Relaciones.

Tabla 6. *Resultados de investigaciones de programas en línea para la depresión en español.*

Programa	N° Estudios	Autor(es). Año	Resultados
ADep	1	Lara et al., 2014.	Un estudio descriptivo. La deserción de usuarios del módulo 1 (12.366) al módulo 7 (626). Los módulos fueron calificados como muy altos, en cuanto a su utilidad y uso. Excepto el M1 “más educativo y poco útil para levantar el ánimo”, tasas de finalización más bajas del M5 (29.5%) y M7 (33.3%). La participación en los blogs (66.8%), el libro de trabajo (64.6%) y foros de discusión (60.9%).
PAADD	2	Tiburcio et al., 2016.	Profesionales como usuarios evaluaron el programa sobre su usabilidad en términos del lenguaje y facilidad de uso, además los profesionales evaluaron el papel del consejero. Usabilidad: el programa es claro, completo y de buena calidad, se evaluó positivamente el contenido del programa, los módulos fáciles de seguir y podían beneficiarse del mismo. Sugerencias: incorporar textos introductorios breves, botones de ayuda más

visibles, más actividades y ejercicios, testimonios, incluir primer contacto presencial, proporcionar un resumen y recordatorios automáticos.

Se compararon tres intervenciones PAADD, Guía de autoayuda + TAU y TAU, que redujeron significativamente tanto el promedio de días de consumo de sustancias como su gravedad. Mostró disminución en el promedio de días de uso de la sustancia [F (1,28) = 29,70, $p < 0,001$] así como la gravedad del uso [F (2,28) = 143,66, $p < 0,001$]. La reducción de la sintomatología depresiva fue significativa independientemente de la condición del tratamiento [F (4) = 16,40, $p < 0,001$]. Hubo más abandonos entre las mujeres [X2 (1) = 7.051, $p = 0.012$].

Tiburcio et al.,
2018.

Utilidad: La apreciación en los efectos de participar en el programa: el 43% era muy beneficioso, el 48% fue levemente beneficioso y el 9% no fue ni beneficioso ni perjudicial. Usabilidad: el 61% fácil de usar, el 13% lo encontraron difícil, el 13% requirieron la ayuda de otra persona y el 13% no pudieron aprender a usar el sitio web. Sugerencias: los usuarios consideraron incluir en el programa: el 33% las citas de chequeo en persona, el 20% programas psicoeducativos, el 13% el terapeuta a cargo debe ser parte del programa, el 6,6% crear módulos de grupo para socializar (ejemplo, foros o talleres), y el 26% reportaron no saber nada del tema.

Espinosa et al.,
2016.

ASCENSO 2

Usuarios: valoraron positivamente el programa y manifestaron satisfacción. Seguimiento: el 26,5% decidió no usar el programa, el 20% deserto del proceso tras el primer monitoreo; el 46,5% hizo un uso parcial del programa y el 7% contestó la totalidad de los monitoreos.

Vanegas et al.,
2017.

Evaluación del uso del módulo de monitoreo semanal que hicieron los pacientes con base al PHQ-9, se encontró que el primer seguimiento fue el de mayor respuesta (62 % del total de los pacientes participantes; en el segundo y tercer registro se observó una tendencia descendente (50,5 %) y (33,3 %), respectivamente; hacia el cuarto y quinto monitoreo, se estabilizó entre 26% y 33%.

Adherencia: comparada de los pacientes a la herramienta iFightDepression con y sin una consulta telefónica adicional semanal, el riesgo de abandono está significativamente relacionado con el género, edad, nivel educativo. Encontrando que las mujeres realizan más esfuerzo para combatir la depresión; en cuanto a la edad los jóvenes mostraron mayor adaptación a la tecnología y el nivel educativo bajo dificultad la comprensión virtual. Además, los hallazgos mostraron mayor adherencia cuando hay acompañamiento, ya sea telefónico o correo electrónico.

Vargas, 2018.

iFDep

2

Uso de medidas primarias y posteriores: la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton para detectar los cambios en los síntomas depresivos. Previas y posteriores a las intervenciones incluirán datos sociodemográficos, una breve historia clínica y médica y medidas autoinformadas de los síntomas depresivos, la calidad de vida, las deficiencias funcionales y la satisfacción con la herramienta iFD. El resultado primario es el cambio en las puntuaciones de HDRS desde el inicio hasta el postratamiento (8 semanas). Para las medidas de resultado primarias y secundarias, se calcularán los ANOVA de medidas repetidas para examinar las diferencias entre los grupos antes y después del tratamiento.

Justicia, et al.,
2017

Mira et al.,
2018.

Exploración de la psicología positiva (PP) en el programa, 103 participantes (18-65 años), el afecto positivo después de los módulos fue significativo para pacientes con síntomas depresivos leves-moderados [F (2,100) = 15.69, p < 0.001], mejoraron sus puntuaciones de ansiedad, depresión a lo largo de la intervención. Las medidas OASIS y PANAS- disminuyeron con la TCC y PP, con la particularidad del ODSIS, que sólo redujo de forma significativa posterior a los módulos PP.

SED

2

Mira et al.,
2019.

Evaluación de la aceptabilidad y expectativas del programa en un ensayo controlado aleatorio en centros de atención primaria, 198 pacientes (18-65 años) con síntomas depresivos leves a moderados, se encontró una relación significativa entre ellas (r = 0,68, p < 0,001). Se consideró el programa muy lógico y útil, hasta para otros trastornos y seguridad de recomendarlo a otros; cuando mayor era su edad, mayores eran sus expectativas; y, en la utilidad, hubo mayor satisfacción en las mujeres que en los hombres.

Conclusiones

A partir de los resultados derivados de la consulta, a continuación, se realiza la descripción de los componentes asociados y diferenciales entre los 5 programas Cognitivos Conductuales en Línea para la Depresión en Español, bajo los dos criterios que guiaron la presente revisión (1) la aceptabilidad, en tanto a las consideraciones que los usuarios hacen del programa y (2) la eficacia, en los estudios aplicados en función a la reducción de los síntomas de la depresión.

Componentes asociados entre los programas analizados

Con base a estos 5 protocolos se asociaron componentes que hacen alusión (1) acceso, gratuito, (2) herramienta de uso, computador o tabletas (3) gravedad de los síntomas, leve a moderada, (4) dirigido a mayores de 18 años, hombres y mujeres, (5) fines preventivos, (6) duración, 6 a 10 semanas, (7) cuentan con un estudio que evalúa la aceptabilidad, (8) objetivo, brindar información que facilite el entendimiento de la depresión, adquirir y poner en práctica nuevas habilidades de afrontamiento y (9) medidas de evaluación aplicadas al inicio, durante y al final del tratamiento.

Estos 9 elementos en común facilitan que los servicios terapéuticos sean cercanos a la población que requieren atención en salud mental de forma oportuna, a través de los medios tecnológicos de uso cotidiano, que por alguna condición ya sea económica, tiempo, lugar, estigma social o por la pandemia actual las personas no acudirían a un tratamiento tradicional. Así mismo, al disponer de investigaciones acerca de la usabilidad y satisfacción de los usuarios frente a los contenidos y presentación del programa constituyen el primer paso para comprobar, posteriormente, su eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva.

En este mismo sentido, teniendo como marco de referencia los 14 artículos se analizaron los componentes diferenciales, en tanto a sus bondades como oportunidades de mejora en cada intervención entregada por internet, que serán especificadas a continuación:

Componentes diferenciales referidos a las bondades

Se da inicio con el programa “ADep” que destaca (1) contenidos interactivos, foros de discusión que fomentan el apoyo social, (2) flexibilidad del sistema, (3) utilidad del contenido educativo en la comprensión de la depresión, modificación de pensamientos y técnicas aprendidas tanto en la mejora del estado de ánimo como en la adquisición de herramientas en la vida diaria, (4) género, más atractiva para las mujeres y en el hombre un mejor entendimiento del rol femenino, (5) correlación, a una mayor sintomatología mayor es la motivación y (6) el uso de nombres alternativos atrae a la población y reduce el estigma (Lara et al., 2014).

Siguiendo con el “PAADD” emplea (1) un mapa orientador de los pasos para llegar a la meta y gráficas de los avances, (2) aprendizaje con resúmenes de contenido, autorregistros y actividades, (3) lenguaje accesible a los distintos usuarios, (4) retención a través de la asistencia de un orientador, primer contacto es presencial, luego, por correo electrónico y mensajes, teléfono o visita domiciliaria y (5) cumplimiento de las metas haciendo una posible extensión del tratamiento si lo requiere el usuario, el consejero habilita el siguiente paso una vez se haya cumplido el paso actual y se hace el enlace con el programa “ADep” (Tiburcio et al., 2016).

Adicionalmente, “ASCENSO” hace hincapié (1) en el monitoreo continuo y soporte institucional en la fase del seguimiento post-terapia y la situación personal del paciente, (2) objetivo, reducir la aparición de crisis y mejorar la calidad de vida, consolidar el tratamiento y evitar las recaídas de los usuarios, (3) labor de seguimiento y no intervención, (4) rol del

profesional, orientado a dar respuesta de apoyo de los pacientes con depresión y (5) atención a otras dimensiones que influyen en su éxito como el acceso y manejo de las TIC en los benefactores (Espinosa et al., 2016).

Pasando a “iFDep” sobresale por (1) disponibilidad en idiomas inglés, español, catalán, euskera, italiano, griego, estonio, alemán, húngaro, noruego y albanés, (2) contenido incluyente en su sitio web para profesionales, agentes sociales y público general, (3) medida de autoevaluación para la depresión (PHQ-9) con retroalimentación inmediata, (4) apoyo de 12 socios europeos para realizar pruebas piloto, (5) comprensión de síntomas y factores de riesgo, dedicando el módulo 2 a tratar el tema “sueño y depresión” y (6) suministro de material adicional diferente para adultos (mayores de 25) y jóvenes (Fullaondo, 2015).

En cuanto a “SED” se propone (1) un lenguaje sencillo, (2) sistema de manejo fácil, organizado y estructurado que evita acelerar o exceptuar pasos, (3) uso de videos, historias, imágenes, material descargable, gráficos, calendario, registros, pruebas de autoevaluación, mensajes de retroalimentación y motivacionales y (4) la valoración de usuarios definido como fácil, lógico, útil y con seguridad de recomendarlo a otros (Botella, et al. 2015; Botella et al., 2016; Mira et al., 2016; Mira et al., 2019; Barceló-Soler et al., 2019).

Tras encontrar más artículos relacionados a este programa se hallaron más bondades, en cuanto, a sus fundamentos e indicadores de eficacia (1) la prevención y tratamiento comorbido depresión-ansiedad y quienes deseen adquirir estrategias, (2) la integración de la TCC, activación conductual, psicología positiva, inclusive, temas del “manejo de la medicación” e “higiene del sueño” y (3) el contenido busca romper el ciclo del estrés, aislamiento, dificultades en la

adaptación y funcionamiento vinculando los valores, objetivos e implicación con la vida (Botella et al., 2016; Mira et al., 2017; Barceló-Soler et al., 2019).

Sumando su eficacia comprobada en población española con problemas de desempleo, legales y familiares, que indica una mejora significativa en la reducción de los síntomas de la depresión y mantenimiento en el seguimiento a los 6, 12 y 15 meses; con o sin uso de sensores, con o sin soporte humano, comparando los efectos y gastos con un tratamiento usual en Atención Primaria (iTAU) y el impacto en el afecto con la psicología positiva (Botella, et al. 2015; Mira et al., 2016; Mira et al., 2017; Mira et al., 2018; Barceló-Soler et al., 2019).

Componentes diferenciales referidos a las oportunidades de mejora

Ahora, cabe resaltar que las oportunidades aquí mencionadas son extraídas de los mismos autores como resultado de los estudios realizados, sin embargo, al final, sus percepciones concuerdan en la necesidad de continuar avanzado para documentar más sobre la eficacia y el costo-efectividad de esta modalidad de terapia.

En mención a “ADep” las dimensiones a continuar trabajando en el programa están enfocadas en (1) el alto nivel deserción, posiblemente por la falta de instrucción de completar todos los módulos y factores asociados al programa, al ser de fácil acceso, gratuito y anónimo, (2) la escasa participación de los jóvenes y de hombres, especialmente, en los contenidos que hacen énfasis en la mujer, (3) el alcance solo para México, (4) la ausencia de un asesor para responder a las inquietudes, (5) las fallas técnicas del sistema y (6) probar la efectividad en la reducción significativa de los síntomas (Lara et al., 2014).

Desde el “PAADD” se determina que (1) se ha comprobado solo en sintomatología depresiva leve, (2) incluir más actividades, testimonios, fijar tiempos en los ejercicios, instrumento para evaluar la motivación del cambio, además, entrenar en habilidades propias de la entrevista motivacional a los orientadores y se reconoce la falta de los foros de discusión como recurso de apoyo social y (3) los participantes, mencionan usar imágenes, ejemplos, colores, ser más interactivo, retroalimentar sobre las gráficas, ejercicios y actividades (Tiburcio et al., 2016; Tiburcio et al., 2018).

Para “ASCENSO” los investigadores se pronuncian en su estudio (1) tamaño de la muestra relativamente pequeña, (2) la totalidad los módulos no fueron evaluados, lo que dificulta concluir acerca del uso de los componentes, (3) hacer módulos más personalizados, (4) brindar indicaciones previas antes de dar inicio al tratamiento para un mejor manejo de la herramienta, (5) variar las medidas de monitoreo y (6) ajustar el formato a dispositivos móviles (Espinosa et al., 2016).

En torno a “iFDep” se reconoce que (1) el tratamiento ha mostrado su eficacia sólo como programa complementario, (2) el acceso a la herramienta sólo está disponible a través de los médicos o profesionales de salud mental que han asistido a una formación acreditada específica, esta formación es online, (3) actualmente se está a la espera de los resultados de las pruebas piloto de varios países y (4) a pesar de estar traducido a varios idiomas, hay que tener en cuenta el proceso de adaptación cultural (Fullaondo, 2015).

Finalmente, “SED” emerge la tarea de (1) integrar cada vez más a dispositivos accesibles en el día a día de la población, (2) difundir estas intervenciones en diversos lugares, (3) en uno de los estudios destacan tamaño reducido de la muestra y no se informa sobre el mantenimiento de los efectos a largo plazo, (4) determinar si el envío de recordatorios podían ayudar en la

prevención en recaídas y (5) más investigaciones sobre la incorporación de las emociones positivas y la activación conductual, este último, está siendo revisado en la actualidad (Botella, et al. 2015; Mira et al., 2016; Mira et al., 2017; Mira et al., 2018; Barceló-Soler et al., 2019).

Razón por la cual, se reconoce que el desarrollo de estos tratamientos cognitivos conductuales que se ofrecen mediante el uso de la tecnología, expuestos en el presente análisis, enriquecen el abanico de posibilidades para aproximar la atención en la población que padece depresión, de modo particular en países latinoamericanos, que contribuyen a reducir las barreras idiomáticas, económicas, geográficas, estigmas, tiempos y hasta las nuevas situaciones derivadas de la actual pandemia (COVID-19).

Reconociendo los hallazgos de la presente revisión sistemática, el programa que dispone con un mayor número de estudios, y, que aún, se siguen realizando para afianzar su aceptabilidad y eficacia, desde el criterio del equipo investigador se sugiere que Sonreír es Divertido puede ser adaptado culturalmente y evaluado en la reducción de la sintomatología depresiva en la población colombiana. Vale destacar que en países como Ecuador ya se hizo el proceso de adaptación y ahora se encuentra en prueba piloto.

Por esta razón, para líneas futuras, sería interesante ahondar en la adaptación cultural en Colombia de alguno de estos cinco programas, en especial, el anteriormente mencionado, reconociendo sus bondades. Claro está, que es una ardua labor, pero como lo determina el Colegio Colombiano de Psicólogos (2014) el implementar tratamientos eficaces, respetando la diversidad de las personas, grupos y comunidades, hace parte de la ética en el ejercicio de los profesionales en salud mental.

No obstante, estos nuevos intereses llevan a nuevos planteamientos orientados a ¿qué tanta aceptación hay en los profesionales de considerar este tipo de formatos en la práctica clínica? y ¿qué tan accesible es el sistema de salud para vincular esta modalidad de terapia?

Las limitaciones de la presente revisión, están relacionadas en la recolección de datos, se pretendía acceder a las plataformas directas de cada programa, sin embargo, no fue posible debido a que tenían conexión privada. Así mismo, el número reducido de programas entregados por internet en lengua castellana, hizo que las alternativas fueran reducidas para analizar.

Referencias

Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Patrick, G & Rudas, M.M (2020).

Telepsicología. *Un proyecto de ASCOFAPSI-COLPSIC*. Disponible en

https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf

American Psychiatric Association [APA] (2016). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Quinta ed.)*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychological Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association [APA] (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. *The American Psychologist*, 68(9), 791–800. Disponible en <https://doi.org/10.1037/a0035001>

- Arjadi, R., Nauta, M., Chowdhary, N., Bockting, C. (2015). *A systematic review of online interventions for mental health in low and middle income countries: a neglected field*. *Global Mental Health*. Disponible en <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.10> .
- Barceló-Soler, A.; Baños, R.López-Del-Hoyo, Y; Mayoral, F.; Gili, M.; García-Palacios, A.; García-Campayo, J. & Botella, C. (2019). *Intervenciones de psicoterapia por ordenador para la depresión en Atención Primaria en España*. *Actas españolas de psiquiatría*, ISSN 1139-9287, Vol. 47, N°. 6, 2019, págs. 236-246. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7178738>
- Botella, C., Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Castilla, D., Riera López del Amo A, Soler, C., Molinari, G., Quero, S., Guillén, V., Miralles, I., Nebot, S., Serrano, B., Majoe, D., Alcañiz M. & Baños RM (2016). *An Internet-based program for depression using activity and physiological sensors: efficacy, expectations, satisfaction, and ease of use*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:393-406. Disponible en <https://doi.org/10.2147/NDT.S93315>
- Botella, C., Mira, A., Herrero, R., Garcia, A. & Baños, R. (2015). *Un programa de intervención autoaplicado a través de internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido*. *Aloma* 33(2), 39-48. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/39074924.pdf>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). *La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas*. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297–1305. Disponible en <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

Colegio Colombiano de Psicólogos (2020). *Telepsicología*. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología. ASCOFAPSI. ISSN 978-958-52808-3-0

Colegio Colombiano de Psicólogos [Colpsic]. (2014). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf

Congreso de la República Colombia (2009). *Ley 1273 de 2009*. Disponible en https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3705_documento.pdf

Congreso de la República Colombia (2008). *Ley Estatutaria 1266 del 31 de diciembre 2008*.

Disponible en

https://www.uiaf.gov.co/sistema_nacional_ala_cft/normatividad_sistema/leyes/ley_estatutaria_1266_2008

Congreso de la República Colombia (2007). *Ley Número 1122 de 2007 (enero 9)*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República Colombia (1993). *Ley 100 de 1993*. Disponible

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248

Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. & Van Straten, A. (2011) *El tratamiento psicológico de la depresión: Resultados de una serie de meta-análisis*. Nordic Journal of Psychiatry. Vol 65 (6), pp. 354-364. Disponible en <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. (2013). *A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments*. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 58, 376-385.

Disponibile en

https://www.researchgate.net/publication/250922346_A_Meta-Analysis_of_Cognitive-Behavioural_Therapy_for_Adult_Depression_Alone_and_in_Comparison_With_Other_Treatments

Cuijpers, P., Cristea, I., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Hollon, S. (2017). *Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis*.

Psychotherapy Research. Disponible en DOI: 10.1080/10503307.2017.1395922

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M. & Barbui, C. (2018). *Psychotherapies for depression in low and middle income countries: a meta-analysis*. *World Psychiatry*.

Vol 17 (1), pp. 90-101. Disponible en

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5775122/>

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). *A*

network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their

combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. Vol 19, pp. 92–107.

Disponibile en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20701>

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Andersson, G., Beekman, A. & Reynolds, C. (2013). *The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety*

disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. Vol 12, pp.

137–148. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683266/>

De la Torre & Pardo (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ISBN: 978-84-87556-86-9. Disponible en https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf

Diez-Canseco, et al., (2020). *Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento (distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de COVID-19*. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ESM+Jo%C2%BFvenes+-+Present+MinSalud+versi%C3%B3n+3.pdf/c5414e93-e078-4e0a-971f-99dfd9adbdbd>

Espinosa, H. D., Carrasco, Á., Moessner, M., Cáceres, C., Gloger, S., Rojas, G., Perez, J. C., Vanegas, J., Bauer, S., & Krause, M. (2016). *Acceptability Study of “ascenso”: An Online Program for Monitoring and Supporting Patients with Depression in Chile*. *Telemedicine and E-Health*, 22(7), 577–583. DOI: 10.1089/tmj.2015.0124

Fullaondo, A. (2015). *National versions of cCBT. Project co-funded by the European Commission within the ICT Policy Support Programme*. Disponible en <http://mastermind-project.eu/wp-content/uploads/2014/08/MasterMind-D8.2-v1.0-Validated-national-versions-of-cCBT.pdf>

Gasteiz, V (2014). *Innovaciones tecnológicas como las apps mejorarán los tratamientos en psiquiatría*. Disponible en https://psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/innovaciones-tecnologicas-como-las-apps-mejoraran-los-tratamientos-en-psiquiatria/

- Gómez-Restrepo, C. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I*. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Guzmán et al., (2020). *Ansiedad y depresión, 'verdugos' de los jóvenes en la pandemia*. Disponible en <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/tag/salud-mental/>
- Hedman E, Ljótsson B & Lindefors N. (2012). *Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 12(6):745-764. DOI: 10.1586/erp.12.67.
- Justicia, A., Elices, M., Cebria, AI et al., (2017). *Justificación y métodos del estudio iFightDepression: un ensayo controlado aleatorio, doble ciego, que evalúa la eficacia de una herramienta de autogestión basada en Internet para la depresión moderada a leve*. BMC Psychiatry 17, 143. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1306-2>
- Labpsitec (s.f.). *Psicología y tecnología*. Disponible en <https://www.psicologiytecnologia.com/>
- Lara, M., Tiburcio, M., Aguilar, A., Sánchez-Solís A. (2014). *A four-year experience with a Web-based self-help intervention for depressive symptoms in Mexico*. Revista Panam Salud Publica. 2014;35(5/6):398–406. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032709002742>
- Londoño, C., & González, M. (2016). *Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres*. Acta Colombiana de Psicología. 19 (2), 315-329. Disponible en http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es_v19n2a13.pdf

- Martínez-taboas (2015). *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica*. Revista Costarricense de Psicología 33 (2), 63-78. Disponible en <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/33/69>
- Ministerio de Protección Social Colombia (2006). *Resolución Número 1448 de 8 de mayo de 2006*. Disponible en <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/Res1448.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia [MSPS] (2009). *Resolución 2654 de 2009*. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf
- Ministerio de Salud Colombia (1993). *Resolución Número 8430 de 1993 (octubre 4)*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- MinTIC Colombia. (2020). *Boletín Trimestral de Las TIC, 1–50*. Disponible en https://colombiatic.mintic.gov.co/679/articles-125648_archivo_pdf.pdf
- Mira, A., Farfallini, L., Baños, R., Bretón-López, J., & Botella, C. (2016). *Sonreír es Divertido, una intervención online para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales*. *Psicodebate*, 16(2), 51. Disponible en <https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.597>
- Mira, A., Bretón, J., Garcia, A., Quero, S., Baños, R., Botella, C. (2017). *An internet-based program for depressive symptoms using human and automated support: a randomized*

- controlled trial*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017; 13:987-1006. Disponible en <https://doi.org/10.2147/NDT.S130994>
- Mira, A., Bretón-López, J., Enrique, Á., Castilla, D., García-Palacios, A., Baños, R., & Botella, C. (2018). *Exploring the Incorporation of a Positive Psychology Component in a Cognitive Behavioral Internet-Based Program for Depressive Symptoms. Results Throughout the Intervention Process*. *Frontiers in psychology*, 9, 2360. Disponible en <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02360>
- Mira, A., Soler, C., Alda, M., Baños, R., Castilla, D., Castro, A., García-Campayo, J., García-Palacios, A., Gili, M., Hurtado, M., Mayoral, F., Montero-Marín, J., & Botella, C. (2019). *Exploring the Relationship Between the Acceptability of an Internet-Based Intervention for Depression in Primary Care and Clinical Outcomes: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial*. *Frontiers in psychiatry*, 10, 325. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00325>
- Naeem, F., Phiri, P., Munshi, T., Rathod, S., Ayub, M., Gobbi, M., & Kingdon, D. (2015). *Using cognitive behaviour therapy with South Asian Muslims: Findings from the culturally sensitive CBT project*. *International Review of Psychiatry*, 27(3), 233–246. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1067598>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f). *Depresión*. Disponible en <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). *The global burden of disease: 2004 Update*. Disponible en

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Depresión*. Centro de prensa. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud [OMS](2020). *Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental*. Comunicado de prensa. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Coronavirus (COVID-19)*. Disponible en <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020) *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-salud-mental-mensajes-clave>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018)*. Disponible en

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Oviedo (2019). *Telepsicología: Historia y Definición*. Disponible en

<https://psiconetwork.com/telepsicologia-historia-y-definicion/>

Richards, D., Enrique, A., Palacios, J., Duffy, D. (2018). *Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy*. En Şenormanci, Ö. *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications* (pp 223-238). London, UK: IntechOpen. Disponible en

https://www.researchgate.net/publication/324099700_Internet-Delivered_Cognitive_Behaviour_Therapy

Richards, D., & Richardson, T. (2012). *Computer-based psychological treatments for*

depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>

Rueda, M. A. (2018). *Depresión en la mujer*. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 59-65.

Disponible en

https://www.researchgate.net/publication/322362413_Depresion_en_la_mujer

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). *The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis*

1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. Disponible en

<https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>

Tiburcio, M., Lara, M. A., Aguilar Abrego, A., Fernández, M., Martínez Vélez, N., & Sánchez,

A. (2016). *Web-Based Intervention to Reduce Substance Abuse and Depressive Symptoms*

in Mexico: Development and Usability Test. JMIR Mental Health, 3(3), e47. Disponible en <https://doi.org/10.2196/mental.6001>

Tiburcio, M., Lara, M., Martínez, N y Fernández, M., (2018). *Web-Based Intervention to Reduce Substance Abuse and Depression: A Three Arm Randomized Trial in Mexico*. Substance Use & Misuse, DOI:10.1080/10826084.2018.1467452

Vargas, A. (2018). *Adherence to the iFightDepression Online Self-help Tool for Mild and Moderate Depression*. *ClinicalTrials.gov*. Disponible en <https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT04363086>

Vanegas, J., Krausen, M., Bauer, S., Moessner, M., Espinosa, D., Carrasco, Á., Botero, L., Castrillón, L., Medina, C., y Patiño, J. (2017). *Uso de e-mental health para el seguimiento postterapia de pacientes con depresión en Colombia*. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, Vol (52), 41-56. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194253828004.pdf>

Wright, J., Owen, J., Richards, D., Eells, T., Richardson, T., Brown, G., Barrett, M., Ann, M., Polser, G., Thase, M. (2019). *Computer-Assisted Cognitive Behavior Therapy for depression: A Systematic Review and Meta-analysis*. *J Clin Psychiatry*. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 80 (2). Disponible en <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2019/v80/18r12188.aspx>