



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA BRINDAR  
ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA VÍA INTERNET A PERSONAS  
ADULTAS CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE OBESIDAD**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A  
BRENDA CAROLINA TÉLLEZ SILVA**

**JURADO DE EXAMEN**

**TUTORA: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING**

**COMITÉ: LIC. FÉLIX RAMOS SALAMANCA  
LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA  
MTRA. CLAUDIA TERESITA RUIZ CÁRDENAS  
MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA**



**MÉXICO, D.F.**

**MARZO 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
<b>Capítulo I. Obesidad</b> .....	<b>4</b>
1.1 Historia natural de la obesidad .....	4
1.2 Tejido adiposo .....	7
1.2.1 Tejido unilocular .....	9
1.2.2 Tejido multilocular .....	12
1.3 Balance energético .....	12
1.4 Regulación del consumo de alimentos .....	14
1.4.1 Mecanismos fisiológicos .....	14
1.4.2 Mecanismos psicológicos .....	16
1.5 Evaluación y diagnóstico .....	20
1.6 Tratamiento integral de la Obesidad .....	24
1.6.1 Atención médica .....	25
1.6.2 Atención nutricional .....	28
1.6.3 Atención psicológica .....	30
<b>Capítulo II. Atención psicológica cognitivo conductual</b> .....	<b>31</b>
2.1 Bases teóricas y metodológicas .....	31
2.1.1 Perspectiva conductista .....	32
2.1.2 Perspectiva cognoscitiva .....	33
2.2 Principios y características .....	34
2.3 Proceso psicoterapéutico .....	36

2.3.1 Evaluación .....	37
2.3.2 Tratamiento .....	43
2.3.3 Seguimiento .....	49
2.4 Enfoque multimodal .....	49
<b>Capítulo III. Atención psicológica vía Internet .....</b>	<b>52</b>
3.1 Antecedentes .....	52
3.2 Comunicación vía Internet .....	53
3.2.1 Modelo de e-comunicación .....	54
3.2.2 Herramientas de comunicación .....	59
3.3 Servicios de Salud Mental.....	64
3.3.1 Clasificación .....	64
3.3.2 Niveles de interacción psicoterapéutica .....	66
3.3.2.1 Comunicación .....	66
3.3.2.2 Relación terapéutica .....	72
3.3.2.3 Modelo psicoterapéutico .....	75
3.3.3 Alcances y limitaciones .....	76
<b>Capítulo IV. Psicología clínica basada en evidencia .....</b>	<b>79</b>
4.1 Antecedentes .....	79
4.2 Principios de la Psicología Basada en Evidencia.....	81
4.3 Valoración de la evidencia científica .....	82
4.3.1 Sistemas de jerarquización de la evidencia .....	83
4.3.1.1 La propuesta OCEBM .....	84
4.4 Práctica psicológica basada en evidencia.....	87

4.4.1 Los tres círculos del modelo de la práctica clínica basada en evidencia .....	87
4.4.2 Metas de la práctica psicológica basada en evidencia .....	90
4.4.2.1 Identificación y acceso a la evidencia .....	91
4.4.2.2 Aceptación y adopción de guías clínicas .....	93
4.4.2.3 Implementación de las recomendaciones .....	94
4.4.2.4 Evaluación de la práctica basada en evidencia .....	96
4.5 Necesidad de una GPC basada en evidencia sobre intervención psicológica vía Internet para adultos con obesidad .....	96
<b>Capítulo V. Método .....</b>	<b>100</b>
5.1 Objetivos .....	100
5.1.1 Objetivo general.....	100
5.1.2 Objetivos particulares .....	100
5.1.3 Objetivos específicos.....	100
5.2 Procedimiento .....	101
5.2.1 Planificación de la GPCP.....	102
5.2.2 Incorporación de las opiniones de los usuarios .....	103
5.2.3 Respuesta a las preguntas clínicas .....	103
5.2.4 Elaboración final de la GPCP .....	105
5.3 Resultados .....	106
5.3.1 Descripción general de la GPCP .....	106
5.3.2 En relación a evaluación y diagnóstico .....	109
5.3.3 En relación al tratamiento .....	111
5.3.4 En relación al seguimiento.....	113

<b>Capítulo VI. Discusión y conclusiones.....</b>	<b>115</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>134</b>
Anexo 1. Criterios considerados para el análisis de la evidencia .....	134
Anexo 2. Plantilla de lectura crítica para revisiones sistemáticas .....	136
Anexo 3. Plantilla de lectura crítica para estudios de tratamiento .....	137
Anexo 4. Plantilla de lectura crítica para estudios de pronóstico .....	138
Anexo 5. Plantilla de lectura crítica para estudios de exactitud diagnóstica ...	139
Anexo 6. Criterios para la elaboración y jerarquización de recomendaciones	140

## RESUMEN

En los últimos años la atención psicológica vía Internet ha comenzado a posicionarse como una alternativa viable a las intervenciones tradicionales contra la Obesidad; sin embargo, a pesar de la abundante literatura sobre el tema no existe un consenso acerca de cuáles son las mejores intervenciones y prácticas éticas de la ciberpsicología. En este contexto, el objetivo de la presente investigación consistió en elaborar una Guía de Práctica Clínica Psicológica (GPCP) que incluyera recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible siguiendo los criterios del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford (OCEBM). La búsqueda de evidencia reveló la ausencia de investigaciones relacionadas a estrategias de evaluación psicológica y de intervenciones para la modificación de emociones; así como de adherencia terapéutica y el perfil del candidato idóneo para esta modalidad de atención psicológica. Sumándose a la condición anterior, se observó un elevado porcentaje de estudios con baja calidad metodológica. A pesar de ello, las recomendaciones contenidas en esta GPCP constituyen una herramienta válida y útil para la toma de mejores decisiones, incrementando la probabilidad de brindar a los pacientes con Obesidad una atención psicológica vía Internet de calidad.

# INTRODUCCIÓN

El extendido aumento de los índices de obesidad a nivel mundial ha sido referido como una epidemia de salud global que requiere inmediata atención por la fuerte asociación que existe entre esta enfermedad y otros problemas de salud, disminuyendo así la esperanza y calidad de vida de las personas que la padecen.

En la actualidad, es bien reconocido que toda intervención contra la obesidad debe incluir al menos tres elementos: dieta equilibrada, plan de actividad física y atención psicoterapéutica cognitivo conductual. La integración adecuada de estos componentes en el diseño de programas terapéuticos adaptados a las necesidades de cada paciente favorece un mayor porcentaje de pérdida de peso, al mismo tiempo que aumenta las probabilidades de mantener un peso más saludable en el futuro. Sin embargo, Baulch et. al. (2008) señalan que las intervenciones tradicionales (cara a cara) para el control del peso han resultado inherentemente costosas a largo plazo, lo cual, aunado a la tendencia de un continuo incremento del índice de obesidad, enfatiza la necesidad de desarrollar intervenciones económicamente viables dentro de los sistemas de salud actuales, que como en el caso de México, se encuentran rebasados por las demandas de la población.

En este contexto, la efectividad comprobada empíricamente de las intervenciones en línea, el incremento en la tasa de acceso a Internet y la reiterada afirmación de que traen consigo una disminución de costos; permite deducir que las intervenciones vía Internet contra la obesidad son una modalidad de tratamiento viable, factible y lógica.

Además, con más de 51.2 millones de usuarios de Internet a nivel nacional, donde el 64.6% corresponde a usuarios mayores de 18 años (Menéndez & Enríquez, 2014), las posibilidades de alcanzar diversos sectores de la población para brindarles la atención sanitaria necesaria son prometedoras. Por ello, Childress & Asamen (1998) subrayan la importancia de contribuir al desarrollo de



estándares sanitarios y recomendaciones basadas en evidencia que aseguren la calidad de la atención.

Ante dicha sugerencia, la presente investigación se propone elaborar una Guía de Práctica Clínica Psicológica basada en evidencia científica para brindar atención psicoterapéutica cognitivo conductual vía Internet a mujeres y hombres adultos con obesidad.

Para ello, se presenta en primer lugar el marco teórico con una revisión acerca de las teorías, modelos y resultados de trabajos de investigación relacionados a los cuatro conceptos básicos a relacionar en esta tesis: obesidad, terapia cognitivo conductual, atención psicológica vía Internet y psicología clínica basada en evidencia. Dicha revisión corresponde a los primeros cuatro capítulos y sirve de guía y referencia para el desarrollo estructural de esta investigación, además de ayudar a la interpretación de los resultados.

En el Capítulo V se definen los objetivos y se explica el procedimiento para la construcción de la Guía de Práctica Clínica Psicológica. También, incluye un resumen de los resultados obtenidos en torno a cuatro categorías: descripción general de la guía, evaluación-diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

El Capítulo VI contiene la discusión de los resultados obtenidos y las principales conclusiones derivadas de la investigación.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos, en los que se encuentran las plantillas de lectura crítica empleadas para la recolección y análisis de la evidencia científica localizada.

# **CAPÍTULO I.**

## **OBESIDAD**

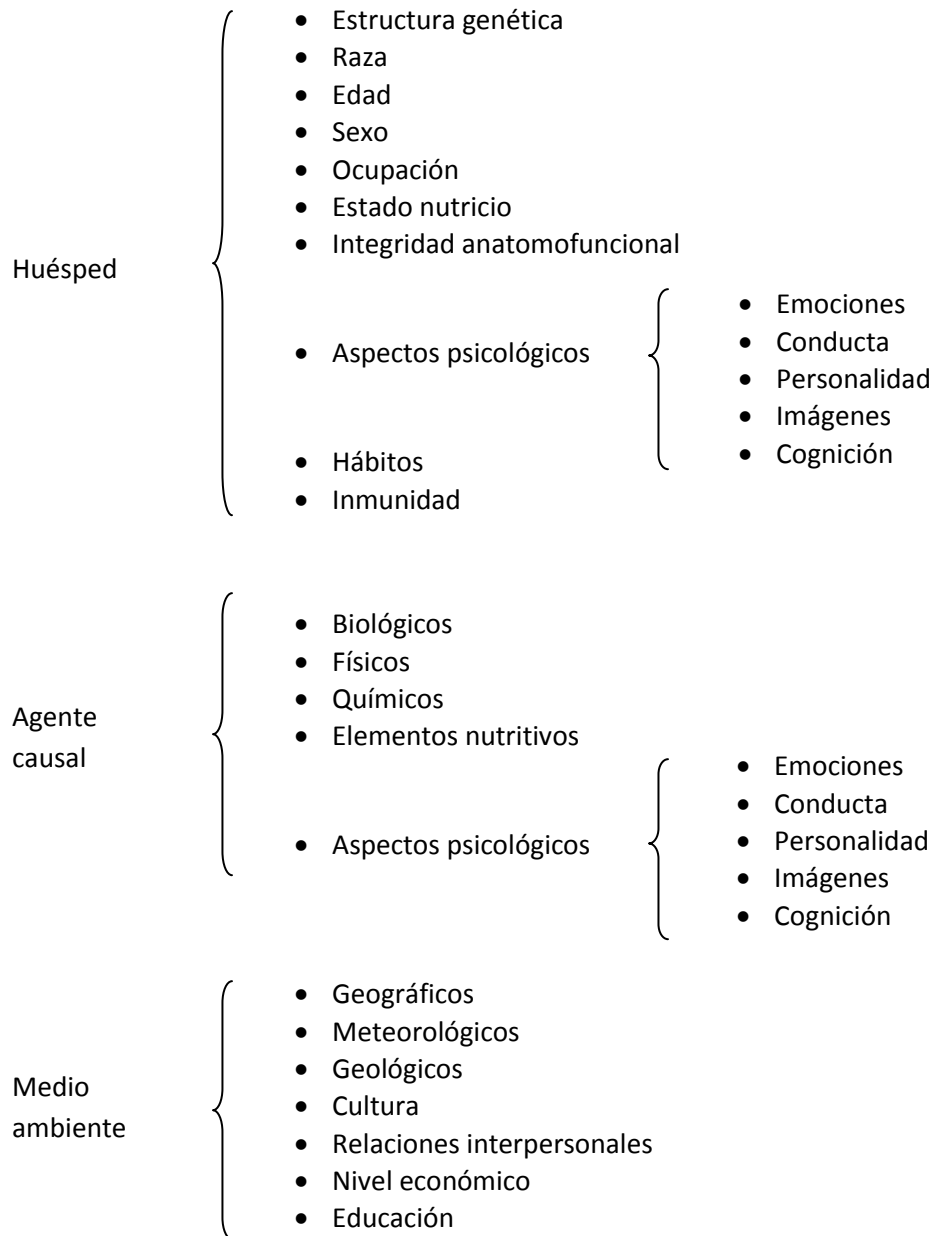
El aumento de la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos a nivel mundial, de manera que de 1998 al 2012 la obesidad en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 9.5% a 35.2% y del período comprendido del 2000 al 2012 la obesidad en hombres adultos aumentó de 19.4% a 26.8%. Afortunadamente la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT ) 2012 mostró una reducción en la velocidad de aumento de la prevalencia de personas con un IMC > 30, ya que en el período de 2000 a 2006 era cercana al 2% anual y del 2006 a 2012 se ubicó por debajo del 0.35%; esta desaceleración puede explicarse por la modificación de factores de riesgo inmediatos, como hábitos alimenticios y actividad física, resultado de intervenciones gubernamentales; o bien, por la hipótesis conocida como *equilibrio de saturación*, la cual afirma la existencia de un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar obesidad que constituye el techo en la prevalencia, al cual ya está llegando la población mexicana.

Los datos anteriores pueden resumirse en que 7 de cada 10 adultos tienen sobrepeso y la mitad de estos entra en alguna de las categorías de obesidad propuestas por la OMS, así mismo, el sexo femenino, las localidades urbanas y la región norte del país presentan los porcentajes más altos de prevalencia de obesidad a nivel nacional (Dommarco & Gutiérrez, 2012).

### **1.1 Historia natural de la obesidad**

La historia natural de la enfermedad es la evolución sin ninguna intervención terapéutica de acontecimientos que llevan al organismo del estado de salud al de enfermedad, derivados de la interacción de tres elementos: huésped, agente causal y medio ambiente (Higashida, 2005). La *Figura 1* resume las

características de cada uno de estos componentes de la triada ecológica, cuya combinación determinará la forma en que se presenta la enfermedad, su evolución y pronóstico (Moreno et al., 1994).



**Figura 1.** Componentes de la triada ecológica

**Nota Fuente:** Adaptada de Higashida, B. (2005) Educación para la salud. México: McGraw Hill : 7

Leavell & Clark (citados en Higashida, 2005) consideran que dentro del proceso salud-enfermedad se distinguen claramente dos períodos: prepatogénico y patogénico. El primero se caracteriza por una relación equilibrada, dinámica y constante entre los tres componentes de la triada ecológica, por lo que el individuo se encuentra sano; sin embargo, cuando dicho equilibrio se rompe debido a cambios en cualquiera de los tres componentes, inicia el período patogénico, y a partir de este momento, la enfermedad puede seguir varios caminos: regreso a la salud, cronicidad, agravamiento, secuelas invalidantes e incluso la muerte.

La obesidad, al ser una enfermedad crónica, dificulta a los profesionales de la salud el poder describir su historia natural, no obstante, en un intento por lograrlo destacan dos autores: Morales (2010) cuya aportación se ilustra en la *Tabla 1* y Rodríguez (2007), quien explica que durante el desarrollo de la obesidad pueden distinguirse cuatro grupos:

- Nunca sobrepeso : Personas que nunca desarrollarán sobrepeso.
- Pre-sobrepeso: Individuos con IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> pero con alta presencia de factores de riesgo.
- Sobrepeso preclínico: Individuos con IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> sin presencia de comorbilidades clínicas.
- Sobrepeso clínico: Individuos con IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> con presencia de comorbilidades como diabetes e hipertensión.

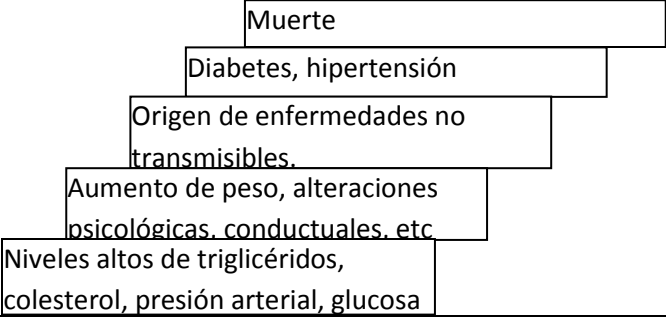
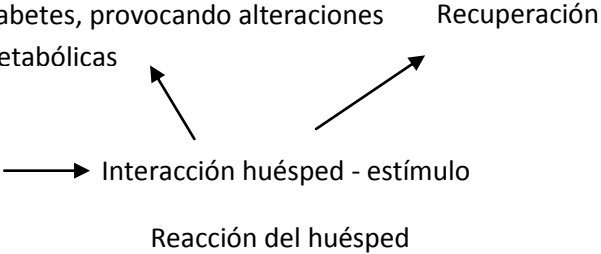
La autora destaca que casi dos terceras partes de los individuos con pre-sobrepeso pasan a los grupos de sobrepeso preclínico y clínico al menos una vez en su vida durante el intervalo de edad de los 11 a los 60 años, después del cual, el peso de la mayoría de los individuos comienza a declinar.

Por último, Moreno et al. (1994) afirman que conocer el curso clínico de la obesidad o de cualquier otra enfermedad trae beneficios como: evaluar nuevos tratamientos en busca de intervenciones menos agresivas y más efectivas; así como normar conductas terapéuticas que aseguren el bienestar del paciente e informarle sobre el curso de su enfermedad, ya sea para tranquilizarlo respecto a la benignidad de su problema, o en caso contrario, orientarlo en cuanto a la

duración de las molestias y las complicaciones que aparecerán en su vida cotidiana.

**Tabla 1.**

Historial natural de la obesidad

Periodo prepatogénico	Período patogénico		
<p>Característica: El individuo sano. Presenta un equilibrio: entre el agente, el huésped y su medio ambiente.</p> <p>Agente: Ganancia de peso por ingreso mayor o un menor gasto energético.</p>	<p>Característica: El individuo está enfermo. Existe un desequilibrio entre los factores.</p>  <p>Muerte</p> <p>Diabetes, hipertensión</p> <p>Origen de enfermedades no transmisibles.</p> <p>Aumento de peso, alteraciones psicológicas, conductuales, etc</p> <p>Niveles altos de triglicéridos, colesterol, presión arterial, glucosa</p>		<p>Etapa clínica</p>
<p>Huésped: Niños, jóvenes, adultos y ancianos.</p> <p>Medio ambiente: Malos hábitos de alimentación, falta de actividad, tensiones emocionales, factores genéticos y psicológicos.</p> <p>La interacción entre los factores producen el inicio del estímulo.</p>	<p>Clínico</p> <p>Susceptibilidad a la enfermedad diabetes, provocando alteraciones metabólicas</p> <p>Recuperación</p>  <p>Interacción huésped - estímulo</p> <p>Reacción del huésped</p>		<p>Etapa subclínica</p>

**Nota Fuente:** Morales, J. (2010) Obesidad: un enfoque multidisciplinario. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: 50.

## 1.2 Tejido adiposo

Si bien es cierto que el desarrollo de la obesidad depende de un estado de balance energético positivo, el estudio del Tejido Adiposo (TA) ofrece la posibilidad de aproximarse a la génesis de la obesidad desde una perspectiva metabólica a

través del estudio de diversas sustancias que son secretadas por los adipocitos y que actúan modulando los depósitos de grasas.

El TA es una variedad especializada de tejido conjuntivo, constituido entre una y dos terceras partes por su unidad funcional: el adipocito. El resto del tejido está formado por células sanguíneas, endoteliales y precursores de adipocitos (fibroblastos, preadipocitos y mesenquimales) (Marcano et al., 2006), todas ellas unidas mediante fibras reticulares e irrigadas por abundantes vasos sanguíneos. Al conjunto de adipocitos se le conoce como lobulillo y a su vez, el conjunto de lobulillos constituyen los llamados lóbulos adiposos (Montalvo, 2010).

En la especie humana, el desarrollo del TA ocurre en dos períodos críticos, ambos supeditados a los límites establecidos genéticamente. Polanco (1991) reporta que el primero abarca desde el final de la vida fetal hasta los 12 ó 18 meses de edad, caracterizado por una etapa inicial de multiplicación del número de adipocitos y seguida por una fase de crecimiento del volumen de los mismos. El segundo período ocurre en la pubertad, donde también aumenta el número y tamaño de los adipocitos, bajo la principal influencia de las hormonas sexuales.

En general, el TA tiene dos funciones, la primera de ellas consiste en almacenar energía química, primordialmente en forma de triglicéridos, para ser utilizada por el organismo cuando la ingesta calórica es inferior a los requerimientos. Dichos triglicéridos tienen un doble origen, aquellos que proceden de la dieta y los que son sintetizados por el propio adipocito a partir de la glucosa. La segunda función consiste en la movilización de los triglicéridos almacenados, cuya posterior hidrólisis produce ácidos grasos libres que abandonan la célula y son transportados por la sangre para ser utilizados como energía por el organismo. La cantidad de ácidos grasos liberados al torrente sanguíneo está sujeta a un estricto control hormonal, resultado de los requerimientos energéticos (Polanco, 1991).

En la especie humana existen dos tipos de tejido adiposo: unilocular y multilocular. Diferenciados entre sí por las características morfológicas de sus

células, el color que muestran en estado fresco, la vascularización e inervación, localización y las funciones que realizan.

### **1.2.1 Tejido unilocular**

La formación del tejido unilocular se acentúa a partir del tercer trimestre del embarazo y su expansión tiene lugar desde el nacimiento hasta la muerte. Sus células almacenan lípidos en un solo compartimiento dentro de su interior, como si fuera una gran gota citoplasmática y su color es blanco o amarillento, dependiendo de la cantidad de carotenos que la persona incluya en su dieta. Cuando están aisladas adoptan forma esférica, pero se vuelven poliédricas cuando constituyen lobulillos (Montalvo, 2010).

Respecto a la distribución de este tejido en el cuerpo humano, autores como Marcano et al. (2006) la dividen en dos grandes compartimentos: subcutáneo y visceral. Los depósitos subcutáneos de grasa abdominal están ubicados inmediatamente por debajo de la piel y ocupan aproximadamente el 80% de la grasa corporal total. La localización de estos depósitos difiere entre los sexos, constituyendo así la aparición de los caracteres sexuales secundarios, ya que en la mujer se acumula en las mamas, caderas, glúteos y muslos; mientras que en los hombres está en la nuca, abdomen y nalgas. En cambio, la grasa visceral se almacena en la parte interna de cavidades corporales, envolviendo órganos, sobre todo abdominales, con el objetivo de mantenerlos en su sitio. Estos depósitos representan alrededor del 20% del total de la grasa corporal en el hombre y el 6% en la mujer (Medina-Gómez & Vidal-Puig, 2009).

Marcano et al. (2006), Moreno & Martínez (2002) y Montalvo (2010) reportan que la grasa blanca también participa en:

- La captación y liberación de ácidos grasos y glicerol al torrente sanguíneo.
- Sostén y amortiguador en órbitas oculares, rodillas y palmas de las manos. En este caso, los adipocitos no liberan energía química, aún cuando el organismo lo necesite.

- Síntesis y secreción de gran cantidad de péptidos u hormonas, entre los que se encuentran:
  - Leptina: hormona secretada como resultado del metabolismo de la glucosa, que además de inhibir la ingesta de alimentos cuando la cantidad de energía del organismo es suficiente, estimula el gasto energético, participa en la maduración sexual, fertilidad y en la actividad del eje hipotalámico. Los niveles circulantes de leptina en sangre se correlacionan positivamente con la cantidad de tejido adiposo, masa corporal y porcentaje de grasa.
  - Adiponectina: hormona cuyos niveles en sangre se correlacionan negativamente con la aparición de patologías que constituyen el síndrome metabólico, tales como obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, resistencia a la insulina y enfermedades cardiovasculares.
  - Citoquina FNT $\alpha$ : polipéptido asociado a la anorexia, disminución del peso corporal, inducción de saciedad y reducción del tejido adiposo mediante la estimulación de la lipólisis e inhibición de LPL y GLUT4, dos elementos clave para la acumulación de lípidos.
  - Citoquina IL-1: polipéptido que estimula la lipólisis e inhibe la esterificación, favoreciendo la liberación de ácidos grasos y disminuyendo los depósitos de triglicéridos. Sus concentraciones se correlacionan positivamente con el grado de obesidad, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina.
  - Citoquina IL-6: polipéptido producido en mayor proporción en tejido visceral. En el sistema nervioso central, los niveles de IL-6 se correlacionan negativamente con la cantidad de masa grasa corporal.
  - Resistina: hormona que parece ser el enlace entre la obesidad y el desarrollo de resistencia a la insulina. En personas obesas se encuentra en concentraciones altas, mientras que en delgados es casi indetectable.



- Visfatina: molécula que se expresa en mayor medida en la grasa visceral, suprime la liberación de glucosa por los hepatocitos y al igual que la insulina, se encarga de estimular la utilización de glucosa por los adipocitos y las células musculares.
- PAI-1: proteína cuya concentración en plasma se correlaciona positivamente con la cantidad de grasa visceral, insulemia, hipertrigliceridemia, índice de masa corporal, riesgo cardiovascular, accidente cerebrovascular, infarto y muerte súbita.
- Angiotensina: hormona que regula el aporte sanguíneo al tejido adiposo y el flujo de ácidos grasos desde el mismo, además parece jugar un papel importante en la retención de sodio y en el incremento de la presión arterial mediada por los nervios renales. Su carencia origina hipotensión arterial, resistencia a la ganancia de peso inducida por la dieta y adipocitos hipotróficos. Personas obesas la producen en mayores concentraciones.
- Adipsina ASP: proteína encargada de regular el ritmo al cual los ácidos grasos son captados por los adipocitos y posteriormente convertidos en triglicéridos por los mismos. También regula la velocidad con que los ácidos grasos son liberados desde los adipocitos hacia el torrente sanguíneo

De acuerdo con Montalvo (2010) el funcionamiento del tejido unilocular está regulado por dos sistemas fisiológicos que controlan el apetito y el metabolismo, uno a corto plazo y el otro a largo plazo. El primero lo hace de forma cotidiana gracias a la interacción de dos hormonas: la ghrelina (sintetizada y liberada por células del estómago, activa el apetito) y el péptido YY (secretado en el intestino, inhibe el apetito). Mientras que el segundo los controla por meses y años, donde la leptina y la insulina son los actores principales al modular el metabolismo de grasas y carbohidratos, así como la transformación de glucosa en triglicéridos y su almacenamiento.

### **1.2.2 Tejido multilocular**

El tejido multilocular participa en la regulación del metabolismo y en la termogénesis, siendo abundante en los animales que hibernan. En el caso del hombre, este tejido tiene una distribución muy restringida, ya que a partir de las 8 semanas de vida su presencia en el cuerpo disminuye drásticamente, de manera que en el adulto representa un máximo de 1% del total de la grasa corporal. Estos restos se ubican principalmente en la región axilar, subescapular, interescapular, intercostal, cervical e inguinal; todos ellos sitios clave, de manera que el calor que genera eleva la temperatura de la sangre que va a órganos vitales. Sus células almacenan lípidos en forma de pequeñas vesículas distribuidas regularmente en todo el citoplasma y su color va desde el amarillo dorado hasta el pardo rojizo, dependiendo de la concentración de mitocondrias que la célula posea. Su tamaño suele ser menor a las células de la grasa blanca y tienen forma poliédrica (Marcano et al., 2006; Montalvo, 2010). El funcionamiento de este tejido adiposo pardo depende directamente del sistema nervioso autónomo, siendo la noradrenalina el responsable directo de la transformación de la grasa almacenada en energía calórica. Además, este neurotransmisor regula la expresión del gen UPC1 en la síntesis de la proteína desacoplante o termogenina, encargada de transformar la energía almacenada por los adipocitos en calor.

## **1.2 Balance energético**

El mantenimiento de un porcentaje de grasa corporal es resultado del equilibrio existente entre el aporte calórico y el gasto energético, de manera que un exceso de tan sólo 5% en el ingreso diario de energía (aproximadamente 100 kcal/día) sobre el gasto energético, conduce a un incremento de 6 a 7 kg en 5 años, de los cuales la mitad se obtienen en el primer año; el 75% de este se deposita en el tejido adiposo y en el tejido de sostén, logrando un nuevo equilibrio pero a un nivel más elevado (Ramiro & Saita, 2000).

Girolami (2003) expresa el concepto de balance energético bajo la ecuación:

$$\text{Balance energético} = \text{Ingesta energética} - \text{Gasto energético}$$

Donde la ingesta energética es definida como la cantidad de energía procedente de los alimentos en forma de proteínas, grasas, carbohidratos y alcohol, la cual está condicionada por la cantidad de calorías consumidas por unidad de tiempo, la composición de los macronutrientes, la palatabilidad y sensación de hambre-saciedad. La interacción de todos estos factores asegura un consumo adecuado de alimentos para la supervivencia.

El otro concepto involucrado en la ecuación es gasto energético, que de acuerdo con Ramiro & Saita (2000) representa la sumatoria de tres factores:

- Metabolismo basal: Representa la cantidad de calor producida por el organismo en una unidad de tiempo; en condiciones basales constituye entre el 50 y 70% del gasto energético diario.
- Termogénesis posprandial o por alimentos: Es el gasto posterior a la ingestión de alimentos y que depende de la composición de los macronutrientes (carbohidratos, grasas y proteínas). Este mecanismo representa alrededor del 15% del gasto energético total.
- Termogénesis por actividad física: Es el gasto de la actividad física superior a la basal y que varía de acuerdo al peso, constitución física y hábitos personales, así como la intensidad y duración del ejercicio.

En personas obesas, el metabolismo basal suele ser un 22% menor que el caso de personas delgadas y en lo que respecta a la termogénesis, requieren en promedio de 30 a 35% menor cantidad de energía para mantener estable la temperatura corporal, por lo que aún cuando la ingesta calórica diaria sea un 16% menor en comparación con la de una persona con normopeso, se favorecerá el ahorro de energía y la acumulación de grasa.

El resultado de la ecuación para calcular el balance energético puede ser neutro, positivo o negativo. Lo adecuado, es que cuando una persona tiene un

peso saludable el balance sea neutro, salvo en los casos de desarrollo y embarazo, donde debe ser positivo para atender las demandas del organismo y formar nuevos tejidos. El balance positivo ocurre cuando la ingesta de energía supera el gasto de energía total y por ende, el exceso se almacena en forma de grasa reflejándose en la composición corporal y el aumento de peso a largo plazo. Por último, el balance negativo se presenta cuando la ingesta energética es menor que el gasto energético total y como consecuencia, el organismo utiliza las reservas de glucógeno y grasa como combustible, ocasionando una reducción de peso (Velásquez, 2006).

## **1.4 Regulación del consumo de alimentos**

En el humano, el comportamiento alimentario está regulado por la interacción de múltiples variables y como resultado de alteraciones de las mismas, surgen enfermedades como la obesidad.

Antes de explicar los mecanismos fisiológicos y psicológicos que regulan el consumo de alimentos, es necesario explicar el concepto de ingesta alimentaria y conducta alimentaria. El primero es definido por Escobar & Espinosa (2000) como el acto de comer e ingerir alimentos sólidos o líquidos, por una parte de forma voluntaria dependiente de la corteza cerebral, y por otra, involuntaria modulada por procesos neurobiológicos; mientras que conducta alimentaria se refiere al conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingesta alimentaria (Morales, 2010)

### **1.4.1 Mecanismos fisiológicos**

El consumo de alimentos constituye un ciclo en el que los organismos alternan dos estados: hambre y saciedad. De acuerdo con autores como Ramos (2002) y Escobar & Espinosa (2000), el primero consiste en un estado de alerta

del organismo en relación con la necesidad global biológica de nutrientes energéticos que usualmente aparece varias horas después de la última toma de alimento y durante el cual hay sensaciones de vacío en el estómago, contracciones gástricas y ligeros dolores de cabeza. La saciedad es un estado de inhibición del hambre y del deseo de seguir comiendo que se desarrolla aproximadamente 30 minutos después de haber iniciado la comida y en el que se distinguen cuatro fases:

- Sensorial: Generada por el olor, el sabor, la temperatura y la textura de los alimentos.
- Cognitiva: Representada por las creencias del individuo.
- Posingestión: Incluye eventos como la distensión abdominal, la tasa de vaciamiento gástrico, la liberación de hormonas y la estimulación de los receptores ubicados en el tracto intestinal.
- Posabsorción: Comprende los mecanismos de acción de los metabolitos después de su absorción, como la glucosa y los aminoácidos, que actúan directamente en el sistema nervioso central.

La supresión del hambre y su control ocurre entre las fases de posingestión y posabsorción. Si bien es cierto que el cómo funciona este mecanismo hambre-saciedad aún no es claro, autores como Escobar & Aguilar (2002) y Gross (2004) reúnen las cinco hipótesis más frecuentes que cuentan con apoyo empírico: termostática, glucoestática, lipostática, isquimétrica y hepatostática.

Para la *hipótesis termostática*, el parámetro de regulación que desencadena conductas alimentarias es la temperatura, de manera que el frío aumenta la ingesta de carbohidratos y el calor la disminuye. La *hipótesis glucoestática* sostiene que cuando los glucorreceptores ubicados en los núcleos ventromedial y laterales del hipotálamo detectan un decremento del 5 al 10% de disponibilidad de glucosa en sangre para dar energía a las células en comparación con la cantidad de energía que el organismo gasta en ese momento, se activa un alertamiento conductual dirigido a la búsqueda de alimento, seguido por una respuesta de hiperfagia. La *hipótesis lipostática* plantea que el tejido adiposo

secreta una hormona llamada leptina, la cual informa al sistema nervioso el estado de adiposidad del cuerpo para activar sensaciones de hambre-saciedad y mantener el peso corporal dentro de determinados límites. La *hipótesis isquimétrica* propone que el inicio y fin del consumo de alimentos depende completamente del metabolismo celular, de manera que cuando la capacidad de la célula para generar energía a partir de cualquier nutrimento se ve limitada, surge la sensación de hambre y cuando aumenta, aparece la saciedad. Por último, la *hipótesis hepatostática* expone que el hígado es el órgano encargado de mantener el balance energético en el organismo, por lo que al disminuir los niveles de sustancias energéticas en plasma, este órgano inicia procesos dirigidos a generar energía, entre los que se encuentra informar al sistema nervioso central para activar la sensación de hambre; en cambio, el paso de nutrimentos y la secreción de insulina promueven la sensación de saciedad.

#### **1.4.2 Mecanismos psicológicos**

Comer es un acto universal que determina la calidad de vida, ya que el alimento aporta al cuerpo nutrientes que derivan en el grado de salud-enfermedad del organismo. La *Tabla 2* muestra que los sistemas hambre-saciedad requieren de dichos circuitos para funcionar, actuando como estimuladores o inhibidores de las conductas asociadas al comer dependiendo de dos aspectos: la historia familiar y eventos emocionales a los que la persona ha estado expuesta.

**Tabla 2.**

Circuitos emocionales primarios asociados

<b>Características del comer</b>	<b>Círculo primario</b>
Estimulación del comer	Placer
Inhibición del comer	Asco
Estimula o inhibe según aprendizaje y circunstancias de juego	Búsqueda, rabia, miedo, apego, deseo, territorialidad y jerarquía

**Nota Fuente:** Cordella, P. (2008) ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista chilena de nutrición*. 35(3):183

Sin embargo, el comer no sólo tiene que ver con satisfacer la necesidad de nutrientes, sino que también es un acto social (Santamarina et al., 2008), en el que independientemente de la presencia o ausencia del hambre, una persona puede sentirse atraída a ingerir comida, ejemplo de ello son los banquetes que acompañan celebraciones familiares, laborales, tiempo de ocio, negocios e incluso ritos de muerte.

Cordella (2008) considera que dicha atracción es regulada por la psiquis, entendida como el mediador entre la biología del organismo y el contexto en el que este se encuentra satisfaciendo sus necesidades, con el fin último de conservar un equilibrio y brindar una sensación de bienestar; para lo cual, la psiquis es capaz de deformar la realidad, haciéndola aceptable al individuo y así no alterar su funcionamiento fisiológico. El autor ha identificado tres categorías de dichas deformaciones que producen conductas desadaptativas y que evidentemente culminan en una ganancia de peso:

- Comer en lugar de elaborar psíquicamente la realidad
- Comer para obtener placer
- Comer como parte de estar con otros

La primera categoría incluye a las personas que utilizan el alimento como una estrategia para afrontar eventos que les provocan incomodidad o perturbaciones emocionales, de tal manera que la ingesta permite al individuo sentirse temporalmente mejor, o en otras palabras, alcanzar el equilibrio que la psiquis no pudo lograr por sí sola. Silvestri & Stavile (2005) explican que esta conducta es aprendida por influencia de los padres, ya sea por asociación o imitación. En el primer caso, los padres frecuentemente consuelan a sus hijos con comida cuando se encuentran disgustados o tristes, por lo que se aprende el hábito de dirigirse a la comida cada vez que se experimenten sentimientos negativos; mientras que en el segundo caso, los hijos lo aprenden por modelado, al observar como sus padres evitan los conflictos comiendo.

La segunda categoría “comer para obtener placer” implica desregulaciones en el circuito de placer de la ingesta, definiendo la obesidad como una adicción a

la comida causada por un déficit en la capacidad de control de impulsos en relación al apetito, conocido como *síndrome de edorexia* (López & Garcés, 2012) La *Tabla 3* señala las semejanzas a nivel estructural entre los mecanismos de acción implicados en el abuso de drogas y la propuesta de Cordella (2008) para diagnosticar a alguien como adicto a la comida.

**Tabla 3.**

Criterios para el abuso de ingesta

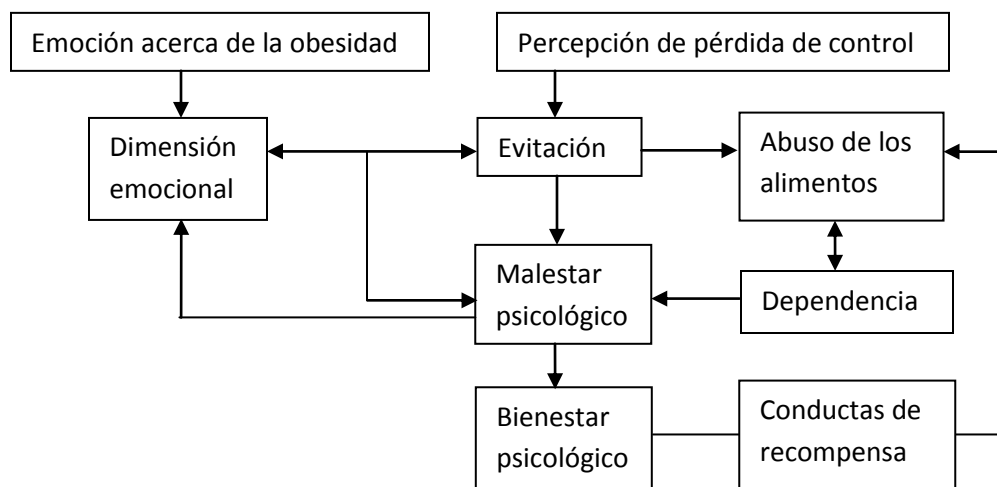
Criterio utilizado en abuso de drogas	Características	Propuesta de criterios en abuso de ingesta
Tolerancia	Cantidad necesaria para lograr satisfacción	La saciedad se alcanza con cantidades crecientes de comida.
Síntomas de privación	Desequilibrio fisiológico producido por la falta de una sustancia específica exógena	Disforia y distress cuando no hay disponibilidad de alimentos
Compulsión	Consumir aunque sea más allá de lo deseado	Comer más de lo deseado
Descontrol	Incapacidad de cortar el consumo una vez iniciado	Intentos fallidos de control en la alimentación
Invasión	Irrupción de impulsos pensamientos y conductas destinadas a conseguir, utilizar y recuperarse del uso de sustancias.	Gran porcentaje del tiempo diario usado en el tema del comer: recetas, fantasías de comidas, búsqueda y compras de comida, ingesta y recuperación de ingesta.
Aislamiento social	Reducción de la actividad social y cambio por actividad de ingesta.	Reducción o suspensión de vida social a causa del consumo de alimentos y o sus consecuencias
Reincidencia	Repetición de conducta a pesar de consecuencias	El consumo se mantiene a pesar de las consecuencias físicas y psíquicas.

**Nota Fuente:** Cordella, P. (2008) ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista chilena de nutrición*. 35(3):185.

López (2013) identifica cuatro dimensiones del síndrome de edorexia: la *dimensión emocional* consiste en asociar la obesidad a emociones específicas, en su mayoría de carácter negativo. La *dimensión de evitación* hace referencia a la búsqueda de un locus de control externo que facilite evitar, al menos de forma



parcial, la realización de conductas que provocan acumulación de grasa. La *dimensión de dependencia* implica los criterios de abuso de ingesta ya explicados. Finalmente, la *dimensión déficit de bienestar psicológico* consiste en la predisposición a ingerir alimentos como reforzador y así alcanzar un equilibrio. Estas dimensiones se encuentran conectadas entre sí tal y como se esquematiza en la *Figura 3*, cuya interacción cíclica explicaría el mantenimiento de la obesidad. De tal forma que una vez que el cuerpo está acostumbrado a una sobrealimentación, siempre solicitará esa cantidad de alimento, con gran posibilidad de desarrollar malestar psicológico a consecuencia de la dependencia. Es en este momento que el individuo elegirá de su repertorio de conductas las que considere más adecuadas para aliviar el malestar, en este caso un aumento en el consumo de alimentos. Paralelamente a este proceso, la persona asocia su obesidad con emociones negativas, provocando que la sobreingesta desencadene un aumento en el malestar psicológico a causa de la disonancia cognitiva entre sus conductas y sus emociones; llegando a evitar ciertos alimentos para aliviar esa disonancia, con lo que, paradójicamente, se aumentan las emociones negativas, el malestar psicológico y el abuso de alimentos.



**Figura 3.** Componentes del Síndrome de Edorexia

**Nota Fuente:** López, J. (2013) Síndrome de Edorexia: Definición y análisis de variables psicosociales asociadas. Tesis de licenciatura. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos: Universidad de Murcia : 39

La tercera y última categoría “comer como parte de estar con otros”, hace referencia al simbolismo social y cultural con el que están cargados los alimentos y que influyen en el tipo y cantidad de comida que las personas deciden ingerir. Algunos de estos simbolismos son compartidos por la mayoría de la población y otros son adquiridos de una forma más individual, con base en la propia experiencia. Silvestri & Stavile (2005) y Santamarina & et al. (2008) explican que dicho valor simbólico se encuentra asociado a circunstancias específicas, entre las que destacan:

- El comer en grupo proporciona sentimientos de pertenencia e identificación.
- El alimento puede estar unido a la presencia de una persona importante desde el punto de vista afectivo.
- Es posible que determinados alimentos funcionen como señal de distinción social.
- Aquella comida que suele consumirse en reuniones gratificantes, generalmente familiares, tenderá a ser una mayor tentación en momentos de soledad.

## **1.5 Evaluación y diagnóstico**

Medir de forma directa o indirecta la cantidad de grasa corporal que presenta un individuo se ha convertido en el criterio más preciso para determinar el peso excesivo. Dicha cantidad varía dependiendo de condiciones fisiológicas, ambientales, edad y sexo; pero en condiciones normales se ha estandarizado que del total del peso corporal de un hombre adulto, entre el 18 y 25% corresponde a grasa; mientras que en la mujer adulta es de un 25 a 30% (Albala et al., 2000).

La *Tabla 4* muestra que actualmente existe una larga lista de técnicas que permiten al clínico diagnosticar a una persona con obesidad, mismas que Albala et. al. (2000) y Ramiro & Saita (2000) han clasificado en tres grandes grupos: métodos antropométricos, por imagen y de laboratorio.

**Tabla 4.**

Métodos para estimar el porcentaje de grasa corporal

Método	Técnica
Método antropométrico	Índice de Masa Corporal
	Pliegues cutáneos
	Cociente cintura-cadera
Método por imagen	Tomografía computarizada
	Resonancia magnética
	Nitrógeno corporal total
Método de laboratorio	Densitometría
	Estimación de agua corporal
	Potasio total del cuerpo
	Impedancia bioeléctrica

La evaluación antropométrica consiste en la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano y su comparación con estándares de referencia, a partir de lo cual, el clínico es capaz de determinar la cantidad de grasa almacenada (Kauffer & Toussaint, 2008). La técnica más usada de esta categoría es el índice de masa corporal o índice de Quetelet, resultado de la ecuación:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Estatura en metros}^2}$$

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 establece que una persona adulta será diagnosticada con obesidad cuando su IMC sea igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>, o bien, si se trata de personas adultas con estatura baja (mujer menor a 1.5 m. y hombres menor a 1.6 m.) el punto de corte será un IMC igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>.

Otra técnica consiste en la medición del espesor de pliegues cutáneos usando un instrumento llamado calibre. De acuerdo con Albala et al. (2000), el procedimiento habitualmente empleado es el desarrollado por Durnin y Womersley, que proporciona el porcentaje de grasa corporal con base en la sumatoria de cuatro pliegues: bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco. Con este criterio, se definen como hombres obesos aquellos con cifras superiores a 25% y mujeres obesas con porcentajes de grasa superiores a 30%.

El cociente cintura-cadera se obtiene al dividir el perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera. Los puntos de corte para diagnosticar obesidad se muestran en la *Tabla 5*. García & Ortega (2005) explican que la ventaja de emplear esta técnica es que permite distinguir con exactitud entre la obesidad ginecoide y la androide. La primera, también llamada periférica o de tipo pera, se presenta principalmente en mujeres y se caracteriza por acumular grasa en cadera, glúteos y muslos. Por otro lado, la obesidad androide, central o tipo manzana, aparece con mayor frecuencia en hombres, quienes acumulan mayor cantidad de grasa en cara, región cervical, tronco y abdomen. Se considera que un índice c-c superior a 1 en hombres y superior a 0.9 en mujeres indica la existencia de obesidad central.

**Tabla 5.**

Índice cintura-cadera

Indicador	Hombres	Mujeres
Circunferencia cintura	= 102 cm	= 88 cm
Razón circunferencias cintura-cadera	= 1	= 0.85

**Nota Fuente:** Albala, C., Díaz, J. & Arroyo, P. (2000) Evaluación de la obesidad en el adulto en: Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (2000) *Obesidad: un desafío pendiente*. Chile: Editorial Universitaria : 128.

La ventaja de emplear técnicas englobadas en la categoría de método por imagen, es su capacidad de medir con precisión la proporción de grasa corporal y la distribución topográfica de la misma, con lo que permite diferenciar la obesidad central y periférica de la generalizada, donde la acumulación de grasa ocurre alrededor de las vísceras. Sin embargo, desventajas como altos costos, imposibilidad o dificultad al trasladar equipos, condiciones específicas de aplicación y el tiempo empleado en la misma, convierten a este método en una opción poco viable de ser usada en la práctica clínica (Albala et al., 2000).

La tomografía computarizada es un método radiológico capaz de detectar pequeñas diferencias en la densidad física del tejido muscular, adiposo y óseo (Ramiro & Saita, 2000). Dado que se somete al individuo a radiación ionizante, no se recomienda su uso en niños y embarazadas, ni tampoco repetidamente en la misma persona.

La resonancia magnética es una técnica no invasiva que permite obtener imágenes del organismo mediante la estimulación de éste a la acción de un campo electromagnético (Moreno et al., 2000), realizando un análisis computarizado que produce imágenes de alta resolución de órganos y otras estructuras internas del cuerpo.

Ramiro & Saita (2000) explican que la técnica de nitrógeno corporal total permite calcular la masa muscular total y aquella no muscular, basándose en la activación de neutrones.

Por último, Albala et al. (2000) reportan que al ser los más precisos, los métodos de laboratorio son empleados para validar otras técnicas de aplicación más sencilla y de menor costo, de manera que puedan usarse a gran escala.

La densitometría es una técnica que además de determinar la composición corporal permite identificar la distribución y calcular la cantidad total de tejido muscular, grasa y óseo (Hernández et al., 2012). Este método asume que el cuerpo está constituido por dos elementos distintos: grasa (G) y libre de grasa (LG). En donde la primera tiene una densidad constante de 0.900 g/ml a 37° C; mientras que la segunda presenta una densidad casi constante de 1.100 g/ml bajo las mismas condiciones de temperatura.

El agua es el elemento más abundante del organismo, la cual se encuentra en un 73.2% en adultos con peso saludable (Ramiro & Saita, 2000) y en personas con obesidad mórbida puede llegar a sólo un 40% (Moreno et al., 2000). Con base en estas cifras, la técnica empleada para estimar el porcentaje de agua corporal total consiste en administrar al individuo una sustancia que se distribuye sólo en

agua y después de un período de reposo, se determina la concentración de esa sustancia en un líquido corporal para posteriormente calcular el total.

Basado en el mismo supuesto que la densitometría (G y LG) y en que el K40 es un isótopo radiactivo natural presente solamente en la masa LG que emite espontáneamente una radiación gamma medible, la técnica diseñada para medir el potasio corporal total calcula la cantidad de masa LG considerando que en el cuerpo humano sólo existe un 0.012% de potasio (Martínez et al., 2006).

La técnica de impedancia bioeléctrica consiste en la medición de la respuesta que los tejidos biológicos presentan, en función de sus propiedades, al paso de una corriente eléctrica alterna con una intensidad de voltaje por debajo de los umbrales de percepción del cuerpo humano (Berral & Rodríguez, 2007); la cual es alta en el tejido muscular y baja en el graso, es decir, que el valor de la impedancia bioeléctrica es inversamente proporcional al contenido de agua y de masa libre de grasa en el cuerpo (Aristizábal et al., 2007).

## **1.6 Tratamiento integral de la obesidad**

Hasta hace algunos años, el concepto de *bajar de peso* se planteaba más como un problema de estética que de salud, por lo que el tratamiento estaba limitado a la sola prescripción de seguir dietas hipocalóricas durante el tiempo necesario hasta lograr la pérdida deseada (Lafuente, 2011). Actualmente no se trata de alcanzar pérdidas elevadas, sino la suficiente para mejorar la salud, oscilando de un 5-15% para aquellas personas con grados leves y moderados de obesidad y una pérdida de 20% o un poco más para casos de obesidad mórbida (Delbono & Chaftare, 2009).

Teniendo esto en cuenta, la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 establece que el tratamiento de la obesidad debe ser integral, es decir, incluir atención médica, nutricional, psicológica y un régimen de actividad física, todo ello orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir comorbilidades y mejorar la calidad de vida del

paciente. Es importante que cada uno de los profesionales de la salud involucrados en el diseño de la estrategia de intervención terapéutica tome en cuenta variables del paciente como edad, sexo, IMC, distribución de la grasa corporal, sedentarismo, presencia de complicaciones físicas, comorbilidades psicológicas y tratamientos realizados con anterioridad (Delbono & Chaftare, 2009; Lafuente, 2011); con el fin último de que los objetivos y la forma de alcanzarlos se adapten a las necesidades y áreas problemáticas de cada paciente, lo que a largo plazo, facilitará el mantenimiento de los logros alcanzados.

Lafuente (2011) recomienda que antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, llámese médico, nutricio o psicológico, hay dos elementos clave a evaluar: la motivación y el conocimiento que sobre la enfermedad tiene el paciente. Es así, que en la práctica clínica es frecuente observar que las personas con obesidad tienen dificultades para encontrar una motivación suficiente que les permita hacer cambios hacia un estilo de vida más saludable, en cuyo caso, el profesional puede apoyarse en la técnica *entrevista motivacional*, cuyo propósito es promover la voluntad de cambiar las áreas en las que se muestra más indecisión y ambivalencia. Además, la mayoría de los pacientes que acuden a consulta suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana y proceso de adelgazamiento, por lo que esperan cambios de peso marcados y rápidos al someterse a cualquier tipo de régimen; ello remarca la importancia de educarles sobre temas como alimentación sana, emociones y actividad física.

### **1.6.1 Atención médica**

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 establece que la participación del médico en el tratamiento de la obesidad comprende principalmente tres actividades: monitorear la pérdida de peso, prescripción de medicamento y tratamiento quirúrgico en los casos que así lo requieran.

El uso de fármacos está recomendado sólo para pacientes con un IMC igual o mayor a 30 con o sin comorbilidades, o para aquellos con un IMC igual o mayor a 27 siempre que existan enfermedades asociadas (Kauffer et al., 2001). Hoy en día, la gran variedad de medicamentos encaminados a lograr una mayor reducción de peso pueden clasificarse en tres categorías de acuerdo al objetivo que persiguen: reducir el consumo de alimento, aumentar el metabolismo y aumentar el gasto energético (García & Ortega, 2005).

Los medicamentos utilizados para reducir el consumo de alimentos son los simpaticomiméticos, que actúan liberando la noradrenalina (NA) de los gránulos simpáticos, bloqueando la recaptación de NA y 5-HT (sibutramina) y actuando directamente sobre adrenoreceptores; todo ello con el objetivo de producir un retraso del inicio de la comida o una sensación de saciedad temprana. Sus efectos secundarios consisten en insomnio, sequedad de boca, astenia y estreñimiento. Algunos pueden producir adicción o aumento de la tensión arterial.

Los fármacos que aumentan el metabolismo, pretenden actuar sobre el mecanismo preabsortivo o posabsortivo de las grasas. Algunos de estos medicamentos tienen poco efecto en individuos que siguen una dieta baja en grasas y entre los efectos secundarios se encuentran algunos síntomas gastrointestinales y pérdida de grasa fecal, por lo que puede requerir suministrar suplementos de vitaminas liposolubles.

Finalmente, la mayoría de fármacos para aumentar el gasto energético estimulan la termogénesis. Entre sus efectos secundarios más conocidos se encuentran mareo, insomnio, agitación, temblor y estreñimiento.

Es importante señalar que el uso de medicamentos en el tratamiento de la obesidad es un arma de dos filos, pues algunos de ellos, como las anfetaminas, han estado en el mercado internacional por mucho tiempo y hasta la fecha no han mostrado una ventaja significativa sobre su uso o no, por el contrario, pueden implicar un riesgo aún más grave para la salud (Kauffer et al., 2001). Mientras que los supresores del apetito sólo son efectivos durante los primeros seis meses de



tratamiento y de acuerdo con la Canadian Task Force (citado en García & Ortega, 2005), no hay suficiente evidencia que soporte la efectividad de su uso a largo plazo, ya que después de un año de su consumo, la pérdida de peso es en general modesta, oscilando de 1.6 kg a 5.5 kg dependiendo del fármaco empleado; sin embargo, en adultos obesos con enfermedades asociadas si se recomienda su uso, porque al menos a corto plazo pueden mejorar la sintomatología y reducir el consumo de otros medicamentos para las comorbilidades. Por todos los problemas que implica someter a una persona obesa a farmacoterapia, es indispensable informarles acerca de los riesgos, sobre todo con el fin de evitar la automedicación y su uso por tiempo prolongado, pues el efecto de éstos no sólo depende de la dosis, sino también del tiempo de empleo.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, Kauffer et al. (2001) recomiendan que sea el último recurso de aquella persona con obesidad que ha probado otras alternativas sin resultado positivo alguno y siempre que su IMC sea mayor a 40 o bien, cuando se tenga un IMC entre 35 y 40 con presencia de comorbilidades que pongan en riesgo la vida del paciente. De acuerdo al objetivo que se pretenda alcanzar, las cirugías se clasifican en tres tipos:

- Restricción de la ingestión: comprende las gastroplastias, el balón intragástrico y los alambres en las mandíbulas.
- Mala absorción de nutrimentos: se ocasiona a través de la creación de un puente yeyuno-ileal que reduce de manera significativa el tamaño del intestino delgado y por ende la superficie de absorción; mientras más extensa sea la porción de intestino excluido, más grande será la pérdida de peso.
- Alteración en la regulación del apetito: consiste en intervenir sobre los mecanismos reguladores del apetito e incluye cirugías como la vagotomía.

Si bien es cierto que cualquiera de estos tres métodos quirúrgicos tienen éxito en la mayoría de los casos, también lo es el hecho de que traen consigo numerosas complicaciones, entre las que destacan: síndromes de mala absorción,

diarreas, taquicardia, diaforesis, mareos y náuseas. Y aunque el primer año después de la cirugía siempre será el más complicado, estos pacientes correrán un riesgo permanente de presentar problemas de infiltración de grasa al hígado e insuficiencia renal.

### **1.6.2 Atención nutricional**

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 establece que la participación del nutriólogo en el tratamiento de la obesidad comprende el diseño del plan de alimentación, seguimiento y referir a tratamiento médico o psicológico en caso de ser necesario.

De acuerdo con Ramiro & Saita (2000), el plan nutricional consiste en la asignación diaria de raciones específicas de cada uno de los grupos de alimentos, distribuidas en cinco ingestas a lo largo del día y diseñado con base a las necesidades del paciente, estado de salud, gustos, costumbres, economía y actividades diarias.

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (2011) recomienda que en el caso de adultos obesos con edades comprendidas entre los 20 y 50 años, el nutriólogo debe considerar una reducción en la ingesta calórica de 500 a 1000 kcal respecto a las necesidades diarias, que en los hombres se sitúa alrededor de 2500 kcal y en mujeres de 2000 kcal (García & Ortega, 2005). Considerando que para ambos sexos, las dietas hipocalóricas nunca deberán aportar menos de 1200 kcal/día, debido a que se vería comprometida la contribución de vitaminas y nutrientes inorgánicos (Delbono & Pérez, 2009) pudiendo ser ineficaz para alcanzar la pérdida de peso e incluso acarrear toda una serie de consecuencias adversas para el paciente, entre las que destacan:

- Empeorar el riesgo cardiovascular de los pacientes.
- Favorecer el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, de enorme gravedad y peor pronóstico que la propia obesidad.

- Transmitir conceptos erróneos sobre el mantenimiento de la obesidad y su tratamiento.
- Fomentar el sentimiento de frustración, afectando negativamente el estado psicológico del obeso.
- Inducir cambios en el metabolismo energético que produzcan estados de resistencia a la pérdida de peso con la realización de sucesivas dietas.

Con el objetivo de evitar dichas consecuencias negativas, autores como Delbono & Pérez (2009), Delbono & Chaftare (2009) y García & Ortega (2005) explican que el diseño del plan alimenticio tiene que hacerse con sumo cuidado, teniendo en cuenta que el cálculo del contenido calórico de la dieta se elabora sobre la base del peso ideal (15-20 kcal/kg) y que las calorías deben provenir en un 55% de hidratos de carbono, preferentemente complejos y ricos en fibra; un 30% como máximo de grasas, siendo recomendable que una tercera parte sea a expensas de grasas poliinsaturadas y otra tercera parte de monoinsaturadas; y el 15% restante de proteínas animales.

Una última consideración es la de Kauffer et al. (2001), quienes proponen dos estrategias para el diseño del tratamiento nutricional, donde la elección de una sobre otra está en función directa de la gravedad del caso y el tipo de personalidad de cada paciente. La primera estrategia consiste en elaborar dietas muy restringidas en el consumo energético al principio del tratamiento, con el fin de obtener un rápido descenso inicial de peso y de esta forma motivar al paciente, para posteriormente incrementar gradualmente el consumo energético hasta alcanzar un equilibrio energético que permita al paciente mantener los logros alcanzados. Mientras que la segunda estrategia implica recomendar dietas poco restringidas al principio, con el fin de que la persona no experimente sensaciones de angustia y ansiedad por las limitaciones a su alimentación habitual, disminuyendo de manera paulatina la densidad energética hasta alcanzar el equilibrio ideal.

### **1.6.3 Atención psicológica**

El éxito a largo plazo del tratamiento integral de la obesidad depende en gran medida del trabajo psicológico, ya que éste influye directamente en la capacidad del paciente para modificar su estilo de vida; es por ello que la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 establece que la participación del psicólogo clínico comprende tanto la evaluación y tratamiento de comorbilidades psicológicas asociadas a la obesidad, como la valoración y apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias.

La importancia de evaluar la presencia de comorbilidad psicológica con instrumentos validados radica en evitar la posibilidad de que interfiera con la adaptación y evolución del programa de tratamiento (Lafuente, 2011). Además, el conocer los factores psicológicos asociados al mantenimiento del problema facilitarán la planeación de estrategias psicológicas encaminadas principalmente a ayudar al paciente a tener mayor control de sus ingestas, adquirir buenos hábitos alimenticios y aumentar su nivel de actividad física (Bersh, 2006).

Las opciones de intervención psicológica en la obesidad van desde la psicoterapia tradicional, cognitivo-conductual, grupal y familiar, hasta grupos de autoayuda y apoyo (Guillén-Riebeling, 2001); de las cuales, la atención cognitivo conductual ha mostrado ser altamente eficaz en la modificación de las variables que contribuyen al problema.

A grandes rasgos, los elementos fundamentales que diferencian los programas cognitivo conductuales de otras formas de intervención terapéutica consisten en dotar al individuo de habilidades de autocontrol, habilidades en el manejo de situaciones generadoras de emociones negativas y de estrategias cognitivas y de afrontamiento en la solución de problemas para la prevención de recaídas (Hernández & Sánchez, 2007). Además, enseña a los pacientes a identificar estados emocionales y situaciones generadoras de ansiedad que favorecen la aparición de rumiaciones de ingesta, con la finalidad de que éste aprenda a hacerles frente y logre una pérdida de peso significativa (Calero, 2005).

## **CAPÍTULO II.**

### **ATENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Desde su aparición como una alternativa radical ante el modelo psicoanalítico, la perspectiva cognitivo conductual ha tenido un crecimiento impresionante como sistema terapéutico dentro del ámbito de la salud.

De acuerdo con Ruíz et al. (2012), al estudiar su evolución en la práctica clínica se distinguen tres generaciones. La primera inicia con la aparición del conductismo en los 50"s y se caracteriza por el uso de procedimientos terapéuticos derivados de los principios del aprendizaje clásico y operante. La segunda comienza en los 70"s con la incorporación de las teorías del aprendizaje social y cognoscitiva, convirtiendo a las cogniciones en el foco de atención para el desarrollo de intervenciones más efectivas. Finalmente, la tercera generación abarca desde los 90"s hasta el presente, donde además de incorporar perspectivas terapéuticas constructivistas y contextuales, enfatiza que la psicoterapia sólo debe emplear técnicas validadas empíricamente y fundadas teóricamente (Bas, 1990), puesto que no sólo importa el qué funciona, sino también el porqué y así dar cuenta de los fracasos y optimizar los éxitos.

Actualmente el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) es considerado un movimiento contemporáneo cuyo objetivo es el estudio del comportamiento humano siguiendo una metodología científica estricta, que a largo plazo permita el diseño y aplicación de procedimientos validados, garantizado así, una mejora significativa de los pacientes.

#### **2.1 Bases teóricas y metodológicas**

El MCC acepta la existencia de una causalidad multifactorial al momento de explicar el comportamiento humano, concediéndole gran importancia al

aprendizaje como responsable de la adquisición, mantenimiento y modificación del mismo, tenga éste un carácter adaptativo o no.

Es así que las bases teóricas y metodológicas se desprenden de dos perspectivas psicológicas que dan cuenta de los procesos implicados en el aprendizaje: conductismo y cognoscitivismo.

### **2.1.1 Perspectiva conductista**

Las aportaciones más importantes al campo de la psicología clínica hechas por el conductismo están basadas en el supuesto de que las unidades básicas del comportamiento son el estímulo (E) y la respuesta (R) (Serrano, 2001), donde el E determina la aparición de una R específica a través de dos mecanismos básicos de aprendizaje: condicionamiento clásico y operante.

Más tarde, experimentos realizados por Bandura demostrarían que las personas no sólo son capaces de aprender mediante mecanismos directos como proponían Pavlov y Skinner, sino que también de forma indirecta con la sola observación y representación simbólica del evento para su posterior imitación (Bernstein & Nietzel, 1982).

A pesar de sus diferencias, estos tres autores tienen dos aspectos en común. De acuerdo con Kuhn (1992), el primero es que coincidieron en que toda investigación psicológica destinada a explicar la adquisición, mantenimiento y cambio de conductas, debía regirse por tres principios: *reduccionismo*, dado que cualquier comportamiento complejo se descompone en otros más simples, el análisis de éstos últimos conlleva inevitablemente a la comprensión de lo complejo; *parsimonia*, de entre varias posibles explicaciones de un comportamiento, siempre prevalecerá aquella que use mecanismos sencillos de aprendizaje; y finalmente *control experimental*, el único método considerado como válido es el científico, con el objetivo de controlar el mayor número de variables y poder establecer relaciones causales entre E y R. El segundo aspecto en común, es que sus teorías se rigen bajo el supuesto de que toda conducta, adaptativa o

no, es aprendida y por tanto, los síntomas son definidos como respuestas o hábitos desadaptativos persistentes que han sido condicionados.

### **2.1.2 Perspectiva cognoscitiva**

Serrano (2001) relaciona la aparición de la perspectiva cognoscitiva con tres eventos históricos. El primero, los reportes de Tolman donde afirmaba que los animales eran capaces de aprender sin *reforzamiento* al formar *mapas cognoscitivos* de su entorno. El segundo, el libro *Maquinaria computacional e inteligencia* de Turing, dio la pauta para abandonar la idea de emplear animales como modelo para la comprensión de la mente humana, comparando esta última con el funcionamiento de una máquina. El tercer evento fue la invención de la computadora digital, que afianzó la suposición de Turing y sentó las bases del modelo de procesamiento de información, que definía a las cogniciones como una serie de procesos mediante los cuales el organismo transforma, reduce, elabora, almacena, recobra y utiliza la información sensorial que tiene a su alcance.

Sin embargo, es hasta los 70"s que los psicólogos clínicos comienzan a considerar que los elementos cognitivos tienen una mayor relevancia en la adquisición, mantenimiento y cambio del comportamiento, en comparación con el papel que hasta ese momento les había otorgado el conductismo (Ruiz et al., 2012), de manera que los humanos no sólo se veían afectados por el mundo que les rodeaba, sino también por sus percepciones e interpretaciones que hacían de él (Vargas & Contreras, 2007).

La suposición básica de todas las versiones del modelo cognitivo, coinciden en que cuando el procesamiento de la información se torna disfuncional, se contribuye a la aparición y mantenimiento de problemas psicológicos (Zuluaga, 2012). De tal manera que el objetivo general de la terapia cognitiva consiste en la reconstrucción de las estructuras cognitivas del paciente, es decir, que el paciente tome conciencia de las reglas que dirigen, mantienen e interfieren con el cambio comportamental y emocional; haciendo uso del cuestionamiento lógico, la crítica

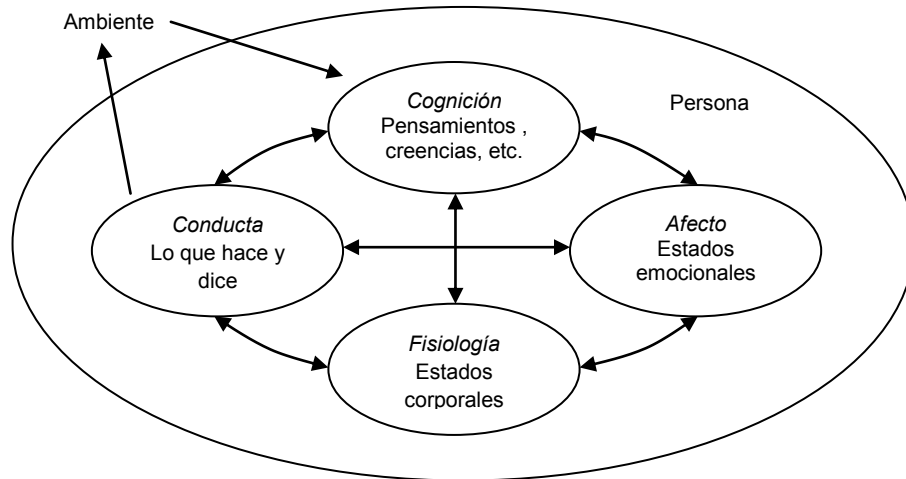
permanente y la confrontación de sus interpretaciones erróneas de la realidad. Los autores más destacados de este campo son Beck con su Terapia Cognitiva y Ellis con la Terapia Racional Emotiva.

## **2.2 Principios y características**

El modelo cognitivo conductual ha tenido una larga y compleja evolución desde que amplió su sustentación teórica más allá del condicionamiento y del cognoscitivismo para pasar a considerar en su explicación del comportamiento humano variables provenientes de otros ámbitos de la psicología y que, de acuerdo con Westbrook et al. (2007), resultaron en el establecimiento de seis principios básicos:

- Principio cognitivo: reacciones emocionales y conductuales están fuertemente influenciadas por cogniciones, de tal manera que los problemas surgen por la interpretación que se hace de un evento más que de las características de este en sí mismo.
- Principio conductual: la conducta tiene una poderosa influencia sobre pensamientos y emociones, lo que la convierte en una variable importante en el mantenimiento o cambio de los problemas.
- Principio de la continuidad: los problemas de salud mental son mejor conceptualizados como una exageración o déficit de los procesos normales.
- Principio del aquí y ahora: el proceso terapéutico debe centrarse en las variables que favorecen el mantenimiento del problema, más que en aquellas que llevaron al desarrollo del mismo en el pasado.
- Principio de la interacción entre sistemas: los problemas son resultado de una compleja interacción entre cogniciones, emociones, fisiología, conducta y el ambiente en el que la persona se desarrolla, tal y como se representa en la *Figura 4*.
- Principio empírico: Teorías, principios y tratamientos deben ser evaluados usando el método científico.





**Figura 4.** Sistemas de interacción.

**Nota Fuente:** Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2007) An introduction to cognitive behavior therapy: skills and applications. Gran Bretaña: SAGE Publications : 6.

Finalmente, autores como Ruíz et al., (2012) afirman que en la actualidad la psicoterapia bajo el modelo cognitivo conductual se caracteriza por: ser un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas y de carácter aprendido; aceptar la existencia de una causalidad multidimensional a la hora de abordar la psicopatología y destacar el papel de procesos cognitivos al momento de explicar tanto su origen como sus manifestaciones; contar con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo; ser de naturaleza educativa, lo cual se ve reflejado en la relación terapeuta-paciente y en que la mayor parte de los procedimientos contienen módulos educativos; poseer un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

## 2.3 Proceso psicoterapéutico

El ambiente en el que las personas interactúan se modifica continuamente y la mayoría logra adaptarse a dichos cambios en un tiempo relativamente corto, determinado por la sociedad en la que se encuentra inmerso. A partir de ello, Santacreu (2011) explica que los términos “problema psicológico” y “enfermedad psicológica” hacen referencia al grado de adaptación de un individuo a los cambios dentro de los parámetros temporales ajustados al criterio normativo de la sociedad en que se vive, manifestándose en su comportamiento de tres maneras:


- Falta subjetiva de bienestar, aún cuando la persona se considere relativamente bien adaptada al contexto.
- Déficits o excesos de conducta (a criterio propio o del entorno) que interfieren en un adecuado funcionamiento dentro de su ambiente.
- Participación en actividades que la misma persona o aquellas que la rodean, consideran anormales, dando lugar a consecuencias negativas para ella o los demás.

Así pues, visto como una relación individuo-contexto, el problema psicológico es resultado de una serie de intentos fallidos de adaptación en conjunto con sentimientos de incapacidad, fracaso y dolor; de manera que en el instante en el que la persona decide pedir ayuda psicológica, el objetivo final será la adquisición de habilidades adaptativas que le permitan enfrentarse eficazmente a sus problemas y mantener las ganancias a lo largo del tiempo (Maldonado, 1984).

La atención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual se basa en principios científicos y se ajusta a un proceso inductivo-hipotético-deductivo en el que se distinguen tres fases caracterizadas por objetivos y tareas propias (Ruíz et al. 2012). La *Tabla 6* esquematiza este complejo proceso descrito por Ávila et al. (2007), Goldfried (1992), Maldonado (1984), Ruíz et al. (2012) y Vargas & Contreras (2007).

**Tabla 6.**

Fases del proceso terapéutico cognitivo-conductual.



<b>FASE UNO: EVALUACIÓN</b>	Evaluación inicial	1. Definición y delimitación del problema 1.1 Obtención de datos 1.2 Análisis topográfico 2. Formulación del caso 2.1 Análisis funcional 2.2 Hipótesis explicativas 3. Diseño de objetivos terapéuticos
	Evaluación Intra-tratamiento	<b>FASE DOS: TRATAMIENTO</b> 4. Diseño de estrategias de intervención 5. Aplicación de estrategia 5.1 Entrenamiento 5.2 Mantenimiento y transferencia
	Evaluación Post-tratamiento	<b>FASE TRES: SEGUIMIENTO</b>

### **2.3.1 Evaluación**

Autores como Vargas & Contreras (2010) enfatizan que la evaluación psicológica es un proceso sistemático que ocurre antes, durante y después del tratamiento; mediante el cual se recoge información sobre tres aspectos: el problema, la persona y el contexto. El “qué” se debe indagar en cada elemento dependerá totalmente de la etapa de evaluación en la que se encuentre (inicial, intra-tratamiento y post-tratamiento), ya que los objetivos de cada una de estas son muy diferentes.

La *evaluación psicológica inicial* abarca desde el primer contacto entre terapeuta y paciente hasta el establecimiento de los objetivos terapéuticos, cuya meta es la descripción, clasificación y predicción del comportamiento para establecer las bases científicas que garanticen la adecuada toma de decisiones respecto a la selección del tratamiento (Ibáñez, 1997). En este proceso se distinguen tres etapas: definición y delimitación del problema, formulación del caso y diseño de objetivos terapéuticos.

Las metas de la etapa “definición y delimitación del problema” son básicamente dos: la primera es establecer una relación terapéutica adecuada que motive al paciente a acudir a las sesiones y colaborar activamente (Ruíz et al., 2012), y la segunda consiste en obtener la información necesaria sobre el problema, la persona y el contexto. La *Tabla 7* sintetiza los puntos más relevantes identificados por Goldfried (1992), Ruíz et al. (2012) y Santacreu (2011).

**Tabla 7.**

Fase inicial: elementos a evaluar

Elemento	Información a obtener
Problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución</li> <li>• Gravedad (cronicidad)</li> <li>• Variables asociadas</li> </ul>
Persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognición</li> <li>• Motivación</li> <li>• Recursos</li> <li>• Limitaciones</li> <li>• Habilidades</li> <li>• Capacidades</li> <li>• Expectativas</li> <li>• Características negativas</li> <li>• Exploración médica</li> <li>• Respuesta ante determinados estímulos</li> </ul>
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salubre / insalubre</li> </ul>

El desarrollo del problema psicológico, tal y como explica Santacreu (2011), es un proceso relativamente largo, constituido por una lista de intentos fallidos de solución que determinan la gravedad del mismo. De manera que cuanto mayor es la distancia temporal entre el origen del problema y el momento presente en que acude al psicólogo, mayor es también el número de hipótesis inadecuadas que la persona ha generado sobre su problema; contribuyendo así a crear una gran convicción sobre creencias y reglas que no sólo son irracionales sino también contrarias entre sí, lo cual se manifiesta en una evidente incoherencia entre lo que hacen y dicen. La gravedad también se relaciona con la intensidad, persistencia y sobre todo, con cuanto incapacita a la persona para continuar adaptándose a la vida diaria. Generalmente, dicha incapacidad está controlada y mantenida en el

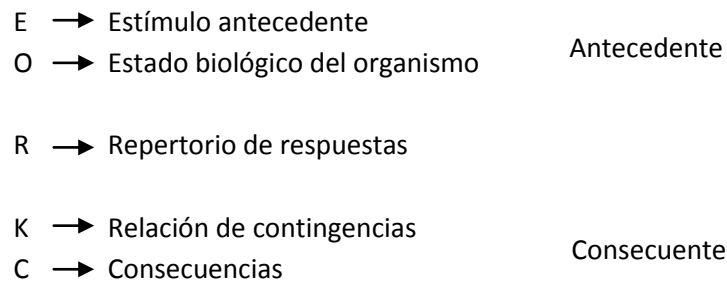
tiempo de dos maneras, una se refiere a las contingencias actuales del contexto, las cuales forman cadenas en las que la situación y las consecuencias determinan la ocurrencia del comportamiento problema; en cambio, la otra afirma que la sola presencia de reglas o autoproposiciones lo hacen, independientemente de los reforzadores o castigos que proporcione el ambiente.

Si el problema es una dificultad del individuo para adaptarse al contexto, Bados & García (2009) recomiendan que de la persona se evalúen cogniciones (esquemas, procesos cognitivos y pensamientos automáticos), respuestas motoras, reacciones emocionales, limitaciones, presencia de enfermedades físicas, tratamientos previos con sus resultados y expectativas de la terapia. En el caso del contexto, la información que se obtenga deberá estar encaminada a diagnosticarlo como salubre o insalubre (Santacreu, 2011). Si es salubre, resulta fácil conseguir reforzadores y aún con escasas competencias cualquier individuo logra adaptarse. En cambio, el contexto insalubre se caracteriza por tener gran restricción de reforzadores, de manera que, incluso personas con altos recursos presentan intentos fallidos de adaptación.

De acuerdo con Goldfried (1992) los procedimientos más empleados en evaluación psicológica son: entrevista clínica, observación directa en ambientes naturalistas, observación de la respuesta a circunstancias generadas por el evaluador, respuestas manifestadas en situaciones de dramatización de roles, autoinformes, métodos psicofisiológicos y pruebas de lápiz y papel. Una vez que se tiene toda la información, el psicólogo clínico deberá realizar un análisis topográfico, el cual consiste en reunir y ordenar los datos obtenidos, de manera que aparezcan todos los comportamientos problemáticos que se pretenden analizar, cuantificados con los parámetros de frecuencia, intensidad y duración (Ruíz et al., 2012).

La segunda etapa de la evaluación inicial “formulación del caso”, consiste en conceptualizar el problema en términos funcionales; es decir, el establecimiento de relaciones de contingencia entre las variables de un problema o entre los distintos problemas descritos en el análisis topográfico (Bados & García, 2009),

con el objetivo de concretar todas las condiciones que actúan en el momento de la respuesta y que estarían influyendo en la probabilidad de ocurrencia de aquella. La ecuación conductual de uso más extendido entre los psicólogos para realizar el análisis funcional es la propuesta por Kanfer & Phillips (1980), cuyos elementos se ilustran en la *Figura 5*.



**Figura 5.** Modelo de Kanfer y Phillips.

**Nota Fuente:** Adaptado de Segura, M.; Sánchez, P. & Barbado, P. (1995) *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo. Análisis de casos y supuestos aplicados*. España: Universidad de Granada : 44.

El *estímulo antecedente* hace referencia a aquellos estímulos, tanto internos como externos, que tienen valor discriminativo para la aparición de una respuesta específica. En el *estado biológico del organismo* se incluyen enfermedades orgánicas, deficiencias de nutrición, edad, características determinadas genéticamente y deformaciones físicas, puesto que en muchas ocasiones especifican los parámetros de la respuesta del individuo a la estimulación ambiental o a las consecuencias de su comportamiento. El elemento *respuesta* abarca tanto las respuestas verbales y motoras, como procesos encubiertos, siempre que se puedan medir, controlar y modificar. Las *consecuencias* especifican los reforzadores que mantienen la respuesta; sin embargo, es bien sabido que un reforzador puede variar considerablemente si se modifican las condiciones en las que se produce su aparición, por ello, la inclusión del elemento K, *relación de contingencias*, es de vital importancia en la ecuación conductual (Kanfer & Phillips, 1980).

Luego de realizar el análisis E-O-R-K-C, se formulan dos tipos de hipótesis: históricas y de mantenimiento (Bados & García, 2009). Las primeras proporcionan información útil para comprender mejor el problema en el presente y orientan al psicólogo sobre la necesidad de evaluar algún aspecto importante y que se pasó por alto inicialmente (Maldonado, 1984). Mientras que las hipótesis de mantenimiento resaltan las consecuencias que facilitan la aparición de la respuesta problema en el presente, dando las bases para el diseño de los objetivos psicoterapéuticos (Ruíz et al., 2012), lo cual corresponde a la tercera y última etapa de la evaluación inicial.

El establecimiento de objetivos específicos a alcanzar beneficiará el proceso de adherencia terapéutica, pues el cliente contará con parámetros para evaluar su progreso y reforzarse por cada meta lograda, aumentando así la motivación hacia el cambio y la percepción del grado de control sobre su propia conducta (Maldonado, 1984). También, facilitan la selección de las estrategias terapéuticas y proporcionan criterios claros para poner fin al tratamiento (Bados & García, 2012).

El establecimiento de los objetivos a conseguir requiere un trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, con diferente grado de implicación de uno y otro en función del tipo de objetivo a acordar: finales e intermedios. De acuerdo con Ruíz et al. (2012), los primeros guían el establecimiento de las metas intermedias y su consecución funciona como una señal para dar por finalizada la fase de tratamiento e iniciar con el seguimiento; son propuestos fundamentalmente por el paciente y su contenido suele ser la disminución de la intensidad o frecuencia de aquello que le molesta, siendo el deber del terapeuta guiarlo y asesorarlo en la propuesta de metas claras y realistas. Por otro lado, la función de los objetivos intermedios es orientar el diseño de la estrategia terapéutica a emplear para lograr un acercamiento progresivo a la meta final y la no consecución de éstos, indicaría un error en el diseño de la misma. Esto explica que deban ser fijados por el terapeuta, basándose siempre en las hipótesis de mantenimiento y priorizando tanto aquellos comportamientos peligrosos para el paciente o las personas que lo

rodean, como conductas que promuevan la adaptación social, autonomía y funcionalidad a largo plazo. No obstante, es importante que el paciente entienda el por qué del curso del tratamiento que se le propone y esté de acuerdo, manifestándolo en una carta de consentimiento informado.

Como bien señala Santacreu (2011) la psicología clínica, especialmente en el caso de adultos, no plantea modificar el ambiente, sino que propone al individuo resolver el problema mediante el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento en las que aprovechen al máximo los recursos propios y los del medio en el que viven, para que finalmente logre un grado de adaptación tal que lo haga sentir razonablemente bien. Bajo esta perspectiva, los objetivos intermedios pueden clasificarse en dos categorías:

- Aquellos dirigidos a modificar el propio comportamiento motor y verbal, esperando influir en las contingencias que el contexto le proporciona y si la estrategia es adecuada, producirle satisfacción y bienestar.
- Los centrados en resolver o reducir conflictos e incongruencias entre su experiencia y las proposiciones generadas por la propia persona, principalmente valores, creencias y reglas.

La *evaluación psicológica intra-tratamiento* es un proceso continuo llevado a cabo de forma paralela al tratamiento con el fin de comprobar el cumplimiento de los objetivos intermedios programados (Ruíz et al., 2012) y en caso de no ser así, da la pauta para revisar la secuencia de intervención, metas terapéuticas, hipótesis de mantenimiento y técnicas de intervención, para modificarlas o incluso sustituirlas por otras más eficaces.

De acuerdo con Bados & García (2009), la valoración de la evolución del caso no debe basarse solo en la explicaciones generales que dé el paciente sesión tras sesión, sino que deberán emplearse con cierta periodicidad métodos más específicos como autoregistros, cuestionarios y de ser posible, observación directa. Además será necesaria la aplicación de algunos instrumentos empleados en la evaluación inicial, sobre todo aquellos que sean más sensibles a detectar cambios a corto plazo.



Cuando los datos obtenidos en la evaluación intra-tratamiento indican que se han alcanzado los objetivos terapéuticos, ya sea totalmente o la mayor aproximación posible a los mismos, se lleva a cabo una *evaluación psicológica post-tratamiento* que confirmará o negará la conveniencia de poner fin a la terapia, valorando el grado en que la mejoría conseguida durante el proceso de intervención se ha generalizado eficazmente a situaciones cotidianas del paciente y se mantienen con el paso del tiempo (Westbrook et al., 2007). Finalmente Bados & García (2009) recomiendan incluir alguna medida de satisfacción con el tratamiento y una escala de valoración en la que cliente y terapeuta califiquen tanto el grado en que el primero ha mejorado en sus diversos problemas como el grado en que le siguen afectando.

### **2.3.2 Tratamiento**

Bajo el modelo cognitivo conductual el tratamiento es un procedimiento que implica la aplicación personalizada de un conjunto de técnicas que conjugan los principios activos de su eficacia para resolver las áreas problemáticas detectadas en la evaluación (García, 2004) mediante el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento, el aprovechamiento máximo de sus recursos y los del contexto inmediato en el que viven, cambiando este último en la medida de lo posible para favorecer su bienestar, o bien, modificando los valores, actitudes y conductas del paciente para que pueda adaptarse a los aspectos del entorno que no pueden ser cambiados desde una atención psicológica individual (Santacreu, 2011).

Gran parte de la literatura coincide en la existencia de dos etapas que permiten al psicólogo clínico cumplir con estas metas: diseño de la propuesta de intervención y aplicación de la misma.

Como su nombre lo indica, la meta final de la primera etapa consiste en el diseño del plan de intervención, que de acuerdo con Maldonado (1984), debe incluir un listado de las variables con las que se trabajará y el orden de prioridad; la determinación de la técnica o conjunto de éstas a utilizar y la secuencia de

aplicación; un módulo de prevención de recaídas y finalmente, la estrategia de evaluación intra-tratamiento.

La adecuada selección de los elementos a modular, eliminar o implantar durante el tratamiento está en función directa de la hipótesis explicativa del mantenimiento del problema que se ha decidido tratar, de la naturaleza de los objetivos terapéuticos establecidos, del perfil psicológico del paciente y las características tanto del problema como del contexto en el que se llevará a cabo la intervención (Bados & García, 2009).

En cuanto a las consideraciones acerca del orden de prioridad en la intervención Ruíz et al. (2012) proponen diversos criterios, entre los que destacan: elegir en primer lugar la conducta que resulte más molesta, la más difícil de modificar, la que produzca mayor generalización de la mejoría, la primera conducta de una cadena comportamental dada; o intervenir sobre una conducta muy relacionada con la conducta problema, hasta tal punto que modificando la conducta clave se modifica la conducta problema. Estos criterios no son universalmente aplicables y será siempre el juicio clínico sobre el análisis funcional realizado el que deberá predominar. Por ejemplo, modificar primero la conducta más molesta podría conducir al abandono temprano de la terapia; abordar en primer lugar algo sencillo, puede llevar a que se produzca rápidamente la mejoría y generar falsas expectativas sobre la facilidad del proceso; intervenir inicialmente en un proceso complicado puede llevar a desencadenar o desenmascarar otros problemas para los que el paciente no está preparado. En general, recomiendan comenzar con los problemas que permitan obtener resultados lo suficientemente gratificantes como para motivar al paciente a abordar otros problemas.

Una vez elegidas las variables explicativas a modificar, se seleccionan las técnicas y se determina la secuencia temporal de aplicación, teniendo en cuenta los criterios establecidos por Bados & García (2009) y Buela & Sierra (2002):

- Eficacia de la técnica para cada trastorno, establecida en función de estudios clínicos que siguen un protocolo estandarizado y riguroso de laboratorio que garantiza su validez interna.

- Efectividad de la técnica más efectiva para cada trastorno, establecida en función del juicio clínico de expertos o por metaanálisis de publicaciones sobre tratamientos psicológicos que garanticen su validez externa.
- Eficiencia de la intervención en cuanto al tiempo, esfuerzo y dinero requerido.
- Posibles efectos secundarios positivos y negativos de la intervención.
- Variables del cliente tales como edad, recursos y limitaciones, motivación y aceptabilidad e importancia que los procedimientos terapéuticos tengan para él.
- Variables del medio, como personas allegadas que puedan colaborar o interferir con el tratamiento.

La prevención de recaídas es otro elemento de vital importancia en el diseño del plan de intervención, sobre todo si se trata de problemas adictivos o trastornos del comer. Su objetivo es que el paciente comprenda que es esperable que durante el tratamiento su ritmo de mejoría no sea regular y que se enfrentará a algunos retrocesos en cuanto a sus intentos de cambio del comportamiento problemático y del mantenimiento de los saludables una vez adquiridos; enfatizando que estas situaciones de recaída deben conceptualizarse más bien como una oportunidad de aprendizaje y no como un fracaso (Ruíz et al., 2012).

Al respecto, Caballo (1991) propone que todo módulo de prevención de recaídas tiene una serie de componentes como son: la *autovigilancia*, que se emplea para identificar situaciones de alto riesgo en las que es probable la recaída, ya que requiere que los pacientes presten atención a su conducta, inhibiendo así la respuesta habitual; enseñanza de *habilidades de afrontamiento* que pueden utilizar en situaciones de alto riesgo para ellos; *manejo del estrés y entrenamiento en relajación*, con el fin de fomentar una sensación de autocontrol y aumentar la probabilidad de que utilicen sus habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo; *educación* sobre los efectos inmediatos y a largo plazo de adherirse o desviarse del programa de tratamiento, con el fin de motivar al paciente a realizar cambios saludables en su estilo de vida y que desarrolle

intereses agradables que sean incompatibles con el comportamiento problema; negociar un *contrato de recaída* diseñado para limitar el grado de desviación por parte de los pacientes, del plan de intervención en caso de que tenga lugar la recaída; *reestructuración cognitiva* para que por un lado se contrarresten las reacciones de fracaso, culpa e indefensión personal asociados a la recaída y por otro, centrar la atención en los aspectos del ambiente y del estilo de vida del paciente que la precipitaron, de modo que el programa pueda modificarse para minimizar futuras probabilidades de recaída; finalmente, el procedimiento de *recaídas programadas* que consiste en solicitar al paciente que se desvíe del plan de intervención en un momento y lugar específicos diseñados por el terapeuta para posteriormente volver al mismo, minimizando de esta forma la probabilidad de que abandonen el tratamiento después de una recaída y aumentando al mismo tiempo la probabilidad de que las recaídas sean de corta duración, baja intensidad y fácil superación.

Una vez que el plan general de intervención ya ha sido acordado, inicia la fase de “aplicación del tratamiento” cuyo objetivo final es que el paciente identifique los factores implicados en el mantenimiento de comportamientos saludables y cómo controlarlos eficazmente, de manera que en el futuro los lleve a cabo en su vida cotidiana con cada vez menor esfuerzo hasta que se conviertan en un proceso automático que garantice una mejoría estable (Maldonado, 1984). A su vez, dentro de esta fase se distinguen dos etapas, una denominada entrenamiento y otra como generalización y mantenimiento.

La etapa de *entrenamiento* se caracteriza por la función didáctica que desempeña el terapeuta, pues su deber es capacitar al paciente en el uso correcto de las diferentes técnicas (Oblitas, 2008) y aunque el plan general de tratamiento ya está acordado, los resultados de la evaluación intra-tratamiento determinarán en última instancia, la pertinencia o no de reajustar el plan acorde con las incidencias que vayan surgiendo durante el proceso terapéutico (Bados & García, 2009).

En la segunda etapa *generalización y mantenimiento*, el terapeuta tiende a fomentar la independencia del paciente apoyándose en tareas para casa que permitan la adecuada transferencia del aprendizaje obtenido dentro de las sesiones a la vida diaria aún en ausencia del terapeuta (Ibáñez, 2008), y que a mediano y largo plazo facilitarán el mantenimiento de las ganancias terapéuticas obtenidas.

Sólo en ocasiones aisladas la generalización y el mantenimiento se da automáticamente, de ahí la importancia de la inclusión de estrategias encaminadas a propiciarlos durante el tratamiento. Como se observa en la *Tabla 8*, **Stoker & Baer** (citados en Caballo, 1991) proponen nueve estrategias encaminadas a lograr dicho objetivo basados en el supuesto de la existencia de dos tipos de generalización: de estímulo y de respuesta.

**Tabla 8.**

Estrategias propuestas para mejorar la generalización y mantenimiento de los resultados de la terapia.

Estrategia	Dirigido a mejorar:	Tipo de procedimiento	Descripción
Entrenar y esperar	Generalización de estímulo Generalización de respuesta Mantenimiento	Pasivo	Se espera que de forma espontánea, una vez adquirida la conducta se convierta en sí misma en un reforzante o reciba un consistente y potente reforzador del contexto, de manera que la nueva conducta forme parte automáticamente del repertorio conductual del paciente.
Modificación secuencial	Generalización de estímulo	Activo	Los procedimientos de tratamiento se repiten en las circunstancias o en los lugares en los que se tiene que dar la generalización, con el fin de extender los efectos de la intervención.
Programar estímulos comunes	Generalización de estímulo	Activo	Los estímulos más importantes están presentes en los lugares de entrenamiento y en los de generalización, esperando que los estímulos comunes establezcan la ocasión para la misma conducta en ambos tipos de lugares.

**Tabla 8 (Continuación).**

Estrategias propuestas para mejorar la generalización y mantenimiento de los resultados de la terapia.

Estrategia	Dirigido a mejorar:	Tipo de procedimiento	Descripción
Generalización mediada	Generalización de estímulo	Activo	Implica el enseñar una conducta mediadora designada para aumentar la probabilidad de que los pacientes pongan en práctica la conducta que es el centro del tratamiento, dentro de la variedad de situaciones en las que se requiere la ejecución de dicha conducta.
Entrenamiento en generalización	Generalización de estímulo	Activo	Consiste en el entrenamiento directo de la generalización, argumentando que ésta se puede considerar como cualquier otra respuesta operante y que por consiguiente, se pueden reforzar muestras de ella.
Entrenar muestras suficientes	Generalización de la respuesta	Activo	Implica el enseñar tantos ejemplos de una clase de respuesta como sea necesario para que ocurran otros ejemplos no entrenados de dicha clase de respuesta, donde el número de ejemplos está determinado por las características de la conducta y por la naturaleza del repertorio del paciente.
Entrenar de forma no estructurada	Generalización de estímulo Generalización de la respuesta	Activo	Se programan variaciones en las situaciones a las que tiene que responder el paciente, alentando la variabilidad dentro de los límites aceptables acordes a su repertorio conductual, aumentando así su capacidad para responder de forma más adaptativa a situaciones nuevas.
Introducción a las contingencias naturales del mantenimiento	Mantenimiento	Activo	El terapeuta debe asegurarse que la nueva conducta es apropiada para las contingencias de reforzamiento del ambiente natural del paciente, de modo que dicha conducta obtenga reforzamiento en ese ambiente.
Contingencias no discriminables	Mantenimiento	Activo	Consiste en hacer que las contingencias de reforzamiento utilizadas en las situaciones de entrenamiento y generalización o mantenimiento sean tan poco discriminables de las contingencias del contexto real como sea posible.

La generalización del estímulo tiene lugar cuando el paciente lleva a cabo la conducta aprendida en lugares diferentes a aquellos en los que se le ha enseñado y la generalización de la respuesta ocurre cuando el paciente lleva a cabo conductas similares, pero no idénticas, a aquellas que se le han enseñado durante el curso del tratamiento.

### **2.3.3 Seguimiento**

Una vez que los objetivos terapéuticos se han alcanzado inicia la fase de seguimiento, que exceptuando casos con gran probabilidad de recaída como adicciones y trastornos alimentarios donde su duración es de 5 años, consistirá en tres sesiones periódicas; a los tres, seis y doce meses. Su objetivo es evaluar el control de recaídas, afrontamiento de los problemas y posibles dificultades de transferencia y generalización de lo aprendido durante el tratamiento (Santacreu, 2011).

Además de volver a aplicar los instrumentos empleados en la evaluación inicial para la elaboración de la línea base Bados & García (2009) afirman que durante cada encuentro con el paciente, ya sea presencialmente, telefónicamente o por correo electrónico, el psicólogo deberá averiguar:

- La evolución del problema tratado, incluyendo posibles recaídas con su descripción, causas y soluciones utilizadas.
- Si ha buscado ayuda extra para el mismo motivo de consulta.
- Aparición de otros problemas psicológicos.
- Consumo de fármacos para el problema tratado u otros.

## **2.4 Enfoque multimodal**

El enfoque multimodal es definido como un procedimiento psicológico avanzado que describe el estado integrativo presente de una persona (Kertesz, 2006) para diseñar tratamientos personalizados y eficaces al proporcionar un

completo análisis del paciente (Caballo, 1991) a lo largo de siete modalidades recopiladas bajo el acrónimo ERIC-PSIC: emociones, relaciones interpersonales, conducta, personalidad, salud, imágenes y cognición (Guillén-Riebeling, 2007). La *Tabla 9* describe los elementos que integran cada una de ellas.

**Tabla 9.**

ERIC-PSIC

Modalidad	Descripción
Emociones	Emociones y temores actuales; situaciones, actividades y personas con las que la persona se siente más tranquila y más alterada; formas de expresar sus emociones más intensas y a quiénes.
Relaciones interpersonales	Familia de origen, amistades, matrimonio o relación de pareja, relaciones sexuales; relaciones interpersonales que le producen satisfacción y aquellas que le provocan dolor.
Conducta	Conductas desadaptativas de afrontamiento, hábitos, actividades agradables y desagradables.
Personalidad	Perfil obtenido a través de técnicas psicológicas.
Salud	Condición general de salud; enfermedades actuales, diagnóstico y tratamiento en curso; percepción visomotora, sensaciones y molestias corporales; satisfacción y problemas sexuales; medicamentos consumidos durante los últimos seis meses; datos relevantes respecto a la dieta, peso, sueño, ejercicio y consumo de alcohol o drogas.
Imágenes	Sueños y fantasías más frecuentes, tanto agradables como desagradables; autoconcepto, imágenes de éxito o fracaso; imágenes traumáticas recurrentes.
Cognición	Proceso de pensamiento, preocupaciones más frecuentes y molestas; conciencia y modelo de enfermedad del paciente, actitud ante la vida, ganas de vivir y razones para ello; trastornos del pensamiento; autovaloración personal y expectativas de tratamiento.

Dichas modalidades interactúan entre sí gracias a varios procesos, entre los que Caballo (1991) destaca: la *comunicación*, intercambio mutuo de información; *transacción*, intercambio mutuo de material y energía; *entropía*, disminución de la calidad y cantidad de un cierto conjunto de modalidades, usualmente como resultado de la intensificación del problema; *causalidad circular*, cualquier acontecimiento dentro de una modalidad es tanto causa como efecto, de manera que el mal funcionamiento de una modalidad traerá consecuencias para todo el



sistema; *homeostasis*, el sistema ERIC-PSIC se regula a sí mismo a través de mecanismos de retroalimentación positiva y negativa; y *equifinalidad*, los síntomas se mantienen en el aquí y ahora, por lo que el análisis de las modalidades deberá realizarse en el presente.

El primer paso a seguir para llevar a cabo una intervención psicológica bajo la perspectiva multimodal, consiste en determinar la existencia de problemas significativos en cada una de las siete modalidades y en colaboración con el paciente, seleccionar tres o cuatro problemas clave que requieran atención específica (Lazarus, 1997). Con base en ello, es deber del terapeuta, siempre que sea posible, aplicar técnicas de tratamiento validadas empíricamente, no importando la escuela psicológica de la que provengan (Kertesz, 2006); sin embargo, dado que la mayoría provienen del conductismo y el cognoscitismo, la terapia multimodal es considerada por Caballo (1991) como una variante del enfoque cognitivo-conductual.

## **CAPITULO III.**

### **ATENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA INTERNET**

Desde hace varios años, el número de usuarios que utilizan Internet ha crecido exponencialmente, gracias a sus características de rapidez, comodidad, accesibilidad, actualización, bajo costo e interactividad (Traver & Fernández, 2011). La incorporación de esta Red a la vida cotidiana no se ha limitado a cuestiones laborales, educativas o de ocio; sino que se ha extendido también al campo de la salud mental y muestra de ello es que para el año 2003, Christensen & Griffiths localizaron cerca de 100,000 sitios de internet dedicados a dicho campo.

#### **3.1 Antecedentes**

La Telesalud es definida como la asistencia en salud a distancia mediante el uso de las diversas tecnologías de comunicación para facilitar la interacción entre el profesional de la salud y el usuario, cuya principal característica es la distancia geográfica entre los involucrados (Cárdenas et al., 2007). Su campo de trabajo incluye disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la psicología, cada una con el prefijo tele.

Los primeros proyectos de Telesalud se remontan a la década de los 50"s con la llamada Radioterapia, iniciada por el doctor en psicología Joyce Brothers, que consistía en la transmisión de charlas sobre temas sexuales por la radio; pero es hasta los años 70"s que el psicólogo Tony Grant comienza a tomar llamadas en vivo para brindar consejo terapéutico a la población (Rosa, 2007). Otro proyecto importante data de 1959, cuando la Escuela de Medicina de la Universidad de Nebraska desarrolló un circuito cerrado de televisión para proporcionar servicios psiquiátricos y de salud a distancia en el Instituto de Psiquiatría de Nebraska y el Hospital Estatal de Norfolk (Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

A partir de la introducción del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) de esta manera, Brown (citado en Botella et al., 2009) utiliza el término Telepsicología para referirse al uso de las nuevas tecnologías de la telecomunicación para poner en contacto a pacientes y profesionales de la salud mental con fines diagnósticos y de tratamiento, educativos, transmisión de información, investigación y actividades relacionadas con la diseminación del cuidado de la salud. Más tarde, cuando el internet comenzó a emplearse como medio y herramienta para brindar atención psicológica, se acuñó el término Ciberpsicología<sup>1</sup> para identificar esta modalidad.

### **3.2 Comunicación vía Internet**

En su definición más general, la comunicación es entendida como un proceso de interacción entre personas con el objetivo de transmitir alguna información que modifique la forma de actuar, pensar o sentir del individuo que la recibe (Rizo, 2004). Con el desarrollo de las TICs, esta interacción se ha extendido más allá del espacio real, al llamado ciberespacio, suponiendo así un cambio importante al modelo de comunicación tradicional.

Para comprender mejor dichos cambios, es necesario retomar los tres tipos de interacción humana propuestos por Kennett (2003) y cuyas principales características se encuentran resumidas en la *Tabla 10*. La primera de ellas *interacción cara a cara*, de carácter dialógico, consiste en que las personas involucradas comparten el mismo sistema de referencia tiempo-espacio, intercambiando información mutuamente y proporcionándose retroalimentación instantánea (Kiss & Castro, 2004), indicando al otro que el mensaje fue escuchado, comprendido y en caso necesario brinda la posibilidad de corregir errores de interpretación (Lema, 2000). La *interacción mediada*, también de carácter dialógico, implica el uso de medios tecnológicos que permiten la

---

<sup>1</sup> Término acuñado por Martínez et al. (2009) para identificar la rama de la Telepsicología donde la interacción entre terapeuta y paciente se lleva a cabo dentro del ciberespacio.

transmisión de información entre personas, aún y cuando estén separadas por tiempo y espacio (Cardoso, 2010), donde la retroalimentación puede ser instantánea o diferida en el tiempo, dependiendo del medio utilizado. Finalmente, la *interacción casi mediada*, frecuentemente empleada por los medios masivos de comunicación y de carácter monológico, consiste en la transmisión de información de un emisor hacia miles de receptores, sin la posibilidad de que éste último retroalimente al emisor (Kiss & Castro, 2004).

**Tabla 10.**

Características de los diferentes tipos de interacción

Interacción	Flujo de información Emisor - Receptor	Retroalimentación	Contexto de interacción	Entornos de interacción
Cara a cara	Bidireccional E ↔ R	Instantánea	Compartido	Social
Mediada	Bidireccional E ↔ R	Instantánea y diferida	Simbólico	Tecnológico
Casi mediada	Unidireccional E → R	Nula	Simbólico	Tecnológico

Entonces, la e-comunicación<sup>2</sup> definida en términos sencillos como el proceso de intercambio de información entre emisor y receptor haciendo uso de la Internet, es un ejemplo de interacción mediada.

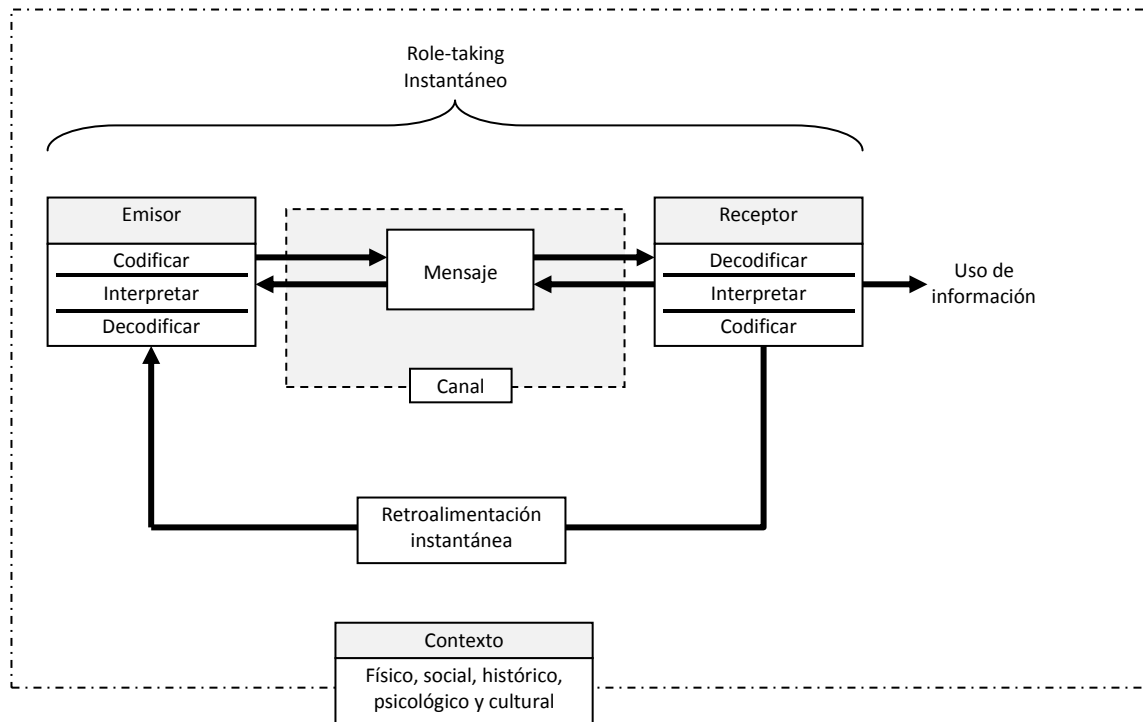
### **3.2.1 Modelo de e-comunicación**

A pesar de que el nuevo espacio tecnológico sustentado por la internet complejiza el proceso comunicativo en comparación con la interacción cara a cara; la llamada e-comunicación conserva sus elementos y mecanismos de funcionamiento.

El modelo de comunicación tradicional representado en la *Figura 6*, esquematiza el proceso de la interacción cara a cara, en el que de acuerdo con Flores (2010) intervienen tres elementos: El *emisor* y el *receptor* son los actores principales de la interacción, el primero es el encargado de codificar y emitir un

<sup>2</sup> Término acuñado por el Dr. Orihuela en 2002.

*mensaje* a través de un comportamiento verbal o no verbal; y el segundo es la persona que lo recibe y decodifica.



**Figura 6.** Modelo de comunicación cara a cara.

Estos tres elementos de la comunicación se mantienen en interacción durante una conversación gracias a dos mecanismos fundamentales: El *role-taking* que enfatiza la capacidad del receptor y emisor para intercambiar funciones instantáneamente, de manera que los procesos de codificación y decodificación del mensaje se presentan en ambos participantes (Marin, 2006) y la *retroalimentación* que incluye la respuesta al mensaje recibido, indicando si fue interpretado adecuadamente y corregir información distorsionada.

Entre los principios recopilados por Flores (2010), Lema (2000) & Marin (2006) que determinan el éxito o fracaso de la comunicación destacan:

- La interpretación del mensaje está en función de:
  - Las expectativas, experiencia, estado psicológico y social del receptor.

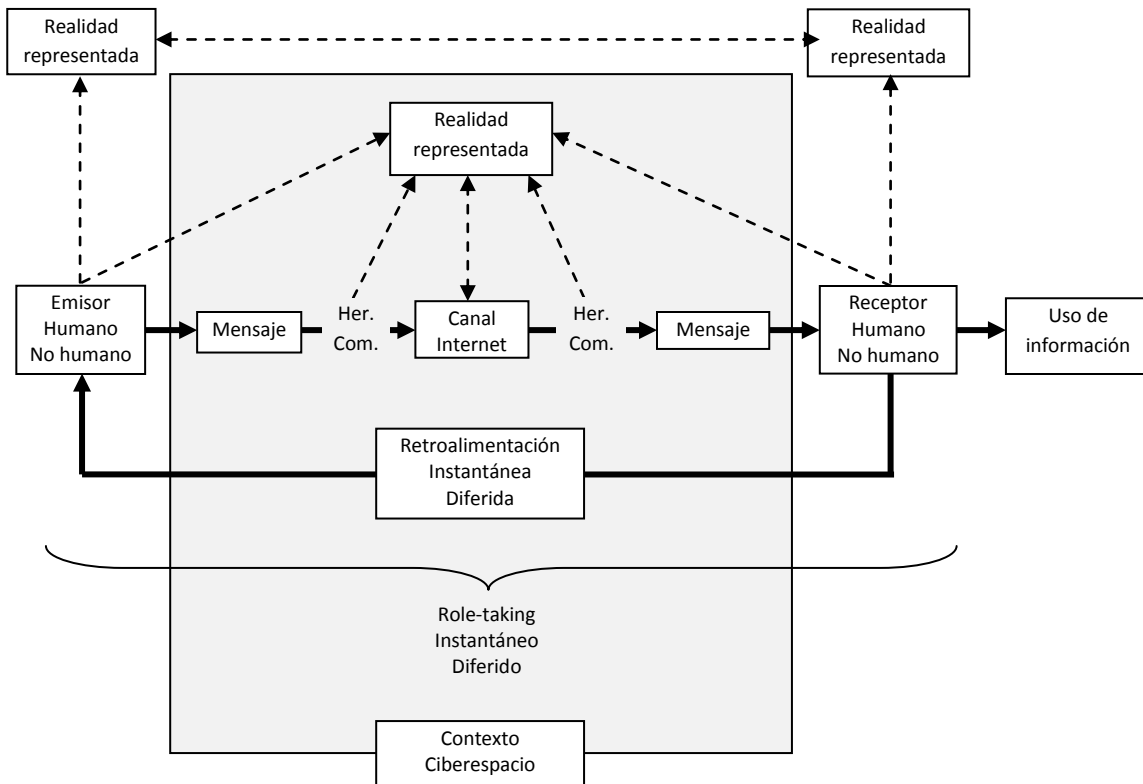
- El contexto en el que se intercambia el mensaje, es decir, el dónde y el cómo se dice.
- La capacidad del receptor para interpretar información no verbal.
- La presencia o ausencia de ruidos como variables que dificultan la comprensión del mensaje, pudiendo ser:
  - Internos: pensamientos y sentimientos.
  - Externos: miradas, sonidos y cualquier otro estímulo del ambiente que distraiga la atención de los participantes.
  - Semántico: significado no intencionado que se genera por una mala interpretación.
- Para que la comunicación sea eficaz y adecuada es necesario que tanto emisor como receptor compartan:
  - Un cierto campo de experiencia vital mínima.
  - Un mismo código, tiempo y espacio.

Al comparar la *Figura 6* y *7* parece que ambas modalidades de comunicación, cara a cara y vía internet, se asemejan mucho debido a que los elementos involucrados en el proceso (emisor, receptor, mensaje, canal y contexto) y los mecanismos de funcionamiento (role-taking y retroalimentación) son los mismos. Sin embargo, el uso de la Internet como canal de comunicación le confiere características especiales a cada uno de ellos.

Zárraga (2005) explica que entre los rasgos distintivos de este nuevo canal se encuentran: *universalidad*, pues soporta sin dificultad cualquier medio de comunicación; *omnifuncionalidad*, es capaz de desempeñar funciones conectoras (de uno a uno), distribuidoras (de uno a muchos) y colectoras (de muchos a uno); finalmente, *interactividad*, pues al ser un canal bidireccional, exige la participación activa de todos los actores involucrados.

En cuanto al mensaje, Fuente (2003) explica que la información transmitida puede ser de tipo textual (letras, números, signos de puntuación, caracteres especiales), gráfico (líneas, círculos, rectángulos, sombreado, colores), imágenes (cuadros inmóviles expresados en pixeles), audio (voz, música, efectos

especiales) y video (cuadros sucesivos presentados a gran velocidad para dar aspecto del movimiento). Esta multimodalidad permite a los usuarios elegir la herramienta de e-comunicación que mejor se ajuste al formato en que desean enviar la información codificada (Muñoz, 2010).



**Figura 7.** Modelo de e-comunicación.

Dado que la interacción entre emisor y receptor se da en el contexto del ciberespacio<sup>3</sup>, definido por Aguirre (2004) como un espacio virtual de interacción que se construye a través del intercambio de información y donde los involucrados son capaces de realizar acciones y tomar decisiones; el modelo de e-comunicación abre la posibilidad de una interacción humano-humano a una diada humano-máquina e incluso máquina-máquina, en cuyos dos últimos casos, la relación dialógica estaría limitada a los textos configurados previamente (Kiss & Castro, 2004). Estos tres tipos de comunicación se dan simultáneamente

<sup>3</sup> Término proveniente del mundo literario de ficción que apareció por primera vez en la obra *Neuromante* de W. Gibson en 1984, donde hacía referencia a una “alucinación consensual” y que pronto fue popularizado para identificar la nueva realidad mediada tecnológicamente que surgía en esa época.

formando parte de un proceso, puesto que para establecer contacto con otro ser humano ubicado en algún punto de la Red, es necesario que el emisor se comunique con la máquina, la cual a su vez, deberá comunicarse con otra máquina que mostrará el mensaje al receptor a través de la pantalla (Aguirre, 2004).

Al igual que en el modelo de comunicación cara a cara, los mecanismos de role-taking y retroalimentación son los responsables directos de mantener el intercambio de información entre los usuarios de la Internet, con la particularidad de que dichos mecanismos pueden funcionar de forma inmediata o diferida en el tiempo, dependiendo de la herramienta de comunicación empleada y de las características del contexto en el que se lleva a cabo la interacción.

Es así que Kiss & Castro (2004) explican que en la experiencia de la comunicación mediada por la Internet, emisor y receptor construyen un entorno virtual al codificar diversos elementos de sus propias realidades, los cuales son comunicados y reunidos por la Internet, con el objetivo de que ambos participantes compartan un mismo contexto virtual. Desde esta perspectiva, el proceso de interacción comprende, entonces, dos orientaciones en la construcción del contexto de simulación: el que elaboran el emisor y el receptor a partir de sus respectivas representaciones de la realidad; y el que expresa el canal de comunicación, mismo que establece los márgenes simbólicos, gráficos y textuales en dónde la comunicación es posible.

En resumen, la virtualidad en la que se lleva a cabo la e-comunicación estaría expresada por un nivel de representaciones individuales, de naturaleza cambiante de acuerdo con las características de los participantes y, por otra, una virtualidad determinada por el lenguaje precodificado y las alternativas previstas con anterioridad.

Entre los principios recopilados por Álvarez (2011), Kennet (2003), Kiss & Castro (2004), Suler (1996) y Yus (2003) que determinan el éxito o fracaso de la e-comunicación destacan:



- Las potencialidades del sistema son condiciones necesarias pero no suficientes para un intercambio comunicativo, también forma parte del proceso la voluntad de los participantes.
- La interpretación del mensaje está en función de:
  - Las expectativas, experiencia, estado psicológico y social del receptor.
  - Las características del contexto en el que se intercambia la información, determinadas por el hardware y software.
  - La presencia o ausencia de ruidos, por ejemplo, problemas en la conexión, corte de la electricidad, demora excesiva en la respuesta, y servidores de internet fuera de servicio.
- La eficacia de la e-comunicación es resultado de:
  - Las competencias tecnológicas del emisor y receptor que les permiten desenvolverse adecuadamente en el ciberespacio; es decir, tanto conocimientos básicos sobre el funcionamiento de una computadora y las herramientas de comunicación, como cierto nivel de dominio del *ciberespañol*<sup>4</sup>.
  - La capacidad de la herramienta de comunicación empleada para transmitir claves no verbales.
  - La inmediatez o demora de la retroalimentación.

### **3.2.2 Herramientas de comunicación**

Definidas como entornos en línea que permiten el intercambio de información en múltiples formatos usando como canal la Internet (Castelnuovo,

---

<sup>4</sup> Término acuñado por Álvarez en 2011 para distinguir el español escrito usado en la Internet del lenguaje oral, escrito o de signos empleado en otros contextos diferentes al ciberespacio. La autora explica que al buscar la inmediatez en la transmisión de información, el ciberespañol presenta una serie de rasgos distintivos en el léxico (presencia de coloquialismos, anglicismos y tecnicismos), la gramática (puntuación, presencia de oraciones incompletas, complejidad de oraciones) y la ortografía (uso de mayúsculas, determinadas consonantes y abreviaturas). Los cuales están detallados en su artículo “El ciberespañol: características del español usado en Internet” y que en conjunto, permiten a los interlocutores compensar la pérdida de información contextual que caracteriza a las herramientas de comunicación basadas en texto.

2008), las herramientas de comunicación tienen el objetivo de facilitar el envío y recuperación de mensajes dentro del ciberespacio.

El acelerado desarrollo de las TICs ha traído consigo la aparición de una larga lista de herramientas de comunicación, cuyas propiedades ejercen una fuerte influencia en las características de la interacción que emisor y receptor establecen entre sí, especialmente en aquellos casos donde se trata de una diada humano-humano. Al respecto, Long & Baecker (1997) proponen un sistema de análisis que permite evaluar las propiedades de cada herramienta a lo largo de 6 dimensiones: Retroalimentación de la conversación, estilo conversacional, medio de comunicación, método de iniciación, audiencia e historial de conversación.

La primera dimensión, *retroalimentación de la conversación*, se refiere al tiempo transcurrido entre el envío del mensaje por el emisor y la recepción de la respuesta elaborada por el receptor, pudiendo ser inmediata o diferida en el tiempo.

El *estilo conversacional* consiste en el número de personas que la herramienta es capaz de conectar entre sí para llevar a cabo la conversación, existiendo tres tipos: uno a uno (participan sólo un emisor y un receptor), foro (un gran número de personas se comunican entre sí, de tal manera que cada una es capaz de responder a las personas que desee, es decir, de muchos a muchos) y broadcast (el compositor del mensaje lo envía a muchas personas, las cuales usualmente no tienen oportunidad de responder directamente, por ejemplo, los medios de comunicación masiva donde la comunicación es de uno a muchos).

El *medio de comunicación* es el formato de la información que la herramienta es capaz de soportar: audio, video, texto, imagen o avatar<sup>5</sup>.

El *método de iniciación* analiza la forma en que las personas que desean comunicarse se localizan unas a otras en Internet mediante: una dirección (requiere que el emisor conozca el nombre de usuario de sus lectores, usualmente

---

<sup>5</sup> Definido por Danesi (2009), un avatar es una fotografía o animación que un usuario de la Internet elige para representar su identidad en entornos virtuales.

es una dirección de correo electrónico), replicación (los mensajes están siempre disponibles y las personas sólo necesitan agregar su propia contribución), URL (en algunos casos la conversación está definida en alguna parte específica de la red informática mundial conocida como “www”, localizada a través de un explorador o una URL específica), servidor (requiere que todos los participantes se conecten a un mismo servidor) y máquina (son herramientas que necesitan la existencia de una conexión directa entre las computadoras empleadas por emisor y receptor para transmitir la información). Localizar a otro usuario a través de un servidor, una URL o por replicación no requiere que los participantes conozcan previamente a la persona con la que desean interactuar, lo único que se necesita es un mutuo conocimiento de la localización del recurso de comunicación en la Red.

La *audiencia*, explica que algunas herramientas requieren que los participantes sean miembros de un cierto sistema en línea (restringida), más que ser sólo un usuario de internet (libre). En estos sistemas de membresía únicamente pueden comunicarse entre sí aquellas personas que se encuentren registradas.

Finalmente, el *historial de conversación* consiste en la capacidad de la herramienta para almacenar la información intercambiada, de tal manera que si un nuevo participante se integra a la conversación podrá seguir el curso de la misma sin dificultad alguna con sólo leer los mensajes anteriores a su incorporación.

Con base en el sistema de análisis expuesto, la *Tabla 11* muestra un análisis completo de las herramientas de comunicación más usadas en la actualidad por los usuarios de la Internet de acuerdo con Danesi (2009), Long & Baecker (1997) y Traver & Fernández (2011).

**Tabla 11.**

## Taxonomía de las herramientas de comunicación

Herramienta	Dimensión de análisis					
	Retroalimentación	Estilo de conversación	Medio de comunicación	Método de iniciación	Audiencia	Historial
Correo electrónico	Diferida	Uno a uno	Texto Imagen	Dirección	Libre	No
Blogs	Inmediata Diferida	Broadcast	Texto	URL	Libre	Si
Microblogs	Inmediata	Broadcast	Texto	Dirección	Libre	-----
Redes sociales	Inmediata Diferida	Foro	Texto Imagen Audio Video	Dirección	Libre	Si
Foros	Diferida	Foro	Texto	URL	Libre	Si
Chat	Inmediata	Uno a uno	Texto Imagen	Máquina	Libre	Si
Video conferencia	Inmediata	Foro	Audio Video	Máquina	Libre	No
Grupos de noticias	Diferida	Foro	Texto	Replicación	Libre	Si
Protocolo de transferencia de archivos (FTP)	Diferida	Foro	Texto	Servidor	Libre	Si
Noticias web	Diferida	Foro	Texto	URL	Libre	Si
Listas de distribución	Diferida	Foro	Texto	Dirección	Restringida	No
Hipertexto colaborativo	Diferido	Foro	Texto Imagen	Replicación	Restringida	Si
e-Radio	-----	Broadcast	Audio	Servidor	Libre	-----
Pizarrón compartido	Inmediata	Uno a uno	Texto Audio	Máquina	Libre	Si
Pow Wow	Inmediata	Foro	Texto Audio	Máquina	Libre	No

**Tabla 11 (Continuación).**

Taxonomía de las herramientas de comunicación

Herramienta	Dimensión de análisis					
	Retroalimentación	Estilo de conversación	Medio de comunicación	Método de iniciación	Audiencia	Historial
Salas de chat en ambientes virtuales	Inmediato	Foro	Texto Audio Imágenes Avatar	URL	Libre	No
Entornos virtuales	Inmediato	Foro	Texto Audio Imágenes Avatar	Servidor	Libre	No
Talk	Inmediato	Uno a uno	Texto	Máquina	Libre	No
Llamada telefónica vía internet	Inmediato	Uno a uno	Audio	Máquina	Libre	No
Chat por turnos (IRC)	Inmediato	Foro	Texto	Servidor	Libre	No
Chat web	Inmediato	Foro	Texto Imágenes	URL	Libre	Si
Agora	Inmediato Diferido	Foro	Texto	URL	Libre	Si
Tablón de anuncios	Inmediato Diferido	Foro	Texto	Servidor	Restringido	-----
Agregadores (RSS Fedds)	Diferido	Broadcast	Texto	URL	Restringido	-----
Podcast	Diferido	Broadcast	Audio	URL	Libre	-----
Fotopodcast	Diferido	Broadcast	Foto	URL	Libre	-----
Videocast	Diferido	Broadcast	Video	URL	Libre	-----
Webcast	-----	Broadcast	Audio Video	URL	Libre	-----

**Tabla 11 (Continuación).**

Taxonomía de las herramientas de comunicación

Herramienta	Dimensión de análisis					
	Retroalimentación	Estilo de conversación	Medio de comunicación	Método de iniciación	Audiencia	Historial
Marcadores sociales	Diferido	Broadcast	Texto	URL	Restringido	-----
Red informática mundial (www)	Diferido	Broadcast	Texto Audio Imagen Video	URL	Libre	-----

### **3.3 Servicios de Salud Mental**

Las aplicaciones del internet al campo de la salud mental van desde la prevención primaria, como un medio para la promoción y prevención en un sinnúmero de problemas psicológicos; hasta la prevención secundaria y terciaria, como herramienta y medio para brindar tratamiento (Vaimberg, 2012). En ambos casos, el modelo de salud en torno al cual se han desarrollado los diferentes servicios de intervención psicológica mediados por la internet, tienen como principal objetivo dotar a la persona de instrumentos y herramientas para el cuidado de la propia salud, así como el ejercicio de un estilo de vida saludable (Hernández & Gómez, 2007).

#### **3.3.1 Clasificación**

Con la intención de analizar mejor el efecto de los sitios web existentes sobre la salud mental, Griffiths & Cooper (2003) propusieron clasificarlos, con base en la principal función que realizan, en tres categorías, bajo las cuales se pueden ubicar los diferentes servicios de atención psicológica vía internet, tal y como muestra la *Tabla 12*. La primera categoría, *diseminación de información*, incluye

sitios web dedicados a cuestiones educativas sobre síntomas, factores de riesgo y de protección, opciones de tratamientos existentes y evolución de determinados problemas psicológicos. En la segunda categoría *apoyo y consejo terapéutico* se encuentran aquellos sitios cuyo objetivo es funcionar como un primer acercamiento a recibir atención psicológica. Entre sus características, destacan que este tipo de servicios no son dirigidos necesariamente por un psicólogo y no cuentan con un diseño estructurado. Por último, tal y como indica su nombre, la tercera categoría, *tratamientos dirigidos por profesionales* abarca sitios web creados, supervisados y aplicados exclusivamente por psicólogos (Abbot et al., 2008; Andersson et al., 2009; Anthony & Merz, 2010; Griffiths & Cooper, 2003; Hernández & Gómez, 2007).

**Tabla 12.**

Clasificación de los sitios web que ofrecen atención psicológica vía internet.

Sitios web cuyo objetivo es diseminar información	
e-información	Proveen información en forma de sugerencias de autoayuda, recursos para fomentar la ayuda y remisión. No involucran interacción con un terapeuta.
Pruebas y evaluaciones en línea	Los usuarios responden cuestionarios para obtener una evaluación de su estado mental y recibir retroalimentación sobre la pertinencia de que consulte con un especialista o no. No involucra interacción con un terapeuta.
Sitios web cuyo objetivo es proveer consejo o apoyo terapéutico	
e-consejo	Proveen consejo psicológico mediante comunicación textual de tipo sincrónica y pocas ocasiones incluye un programa estructurado de intervención. Rara vez involucra interacción con un terapeuta.
Grupos de apoyo en línea	Usuarios con la misma problemática comparten sus experiencias, usualmente a través de medios asincrónicos. La interacción entre los miembros del grupo siempre es supervisada por un moderador, aunque rara vez se trata de un psicólogo.
Sitios web cuyo objetivo es brindar tratamiento psicológico dirigido por profesionales	
e-terapia	Programas de tratamiento clínico directivo diseñados para trastornos específicos, por lo que incluye una evaluación exhaustiva para comprobar que el usuario realmente padece el trastorno que el programa trata. La comunicación entre terapeuta y paciente es asincrónica y periódica.

## Tabla 12 (Continuación).

Clasificación de los sitios web que ofrecen atención psicológica vía internet.

Sitios web cuyo objetivo es brindar tratamiento psicológico dirigido por profesionales	
Programas de tratamiento autoadministrados	Programas de tratamiento clínico directivo y autoadministrados, diseñados para trastornos específicos y estructurados de tal manera que no es necesario contacto alguno entre terapeuta y paciente.
Net-biblioterapia	Programas de tratamiento basados en libros de autoayuda, guiada por un terapeuta identificado que proporciona retroalimentación y responde preguntas, con un horario programado que refleja el tratamiento cara a cara. La comunicación entre terapeuta y paciente es de tipo sincrónico.
e-psicoterapia	Tratamiento adaptado a las necesidades y características del paciente, empleando cualquier técnica o procedimiento que haya demostrado tener efectos positivos en el tratamiento de problemas emocionales, psicológicos o conductuales. La interacción entre terapeuta y paciente se da en el marco del ciberespacio, usando cualquiera de las herramientas que ofrece la Internet.

### **3.3.2 Niveles de interacción psicoterapéutica**

La cuestión más importante a debatir en el espacio que converge entre la tecnología y la psicología gira en torno a la medida en que las herramientas de comunicación basadas en la Internet influyen bloqueando o facilitando la aplicación de los principios básicos, técnicas y procedimientos psicoterapéuticos eficaces en la práctica clínica cara a cara. Al respecto, Castelnuovo (2008) propone analizar la influencia de las herramientas de comunicación sobre la interacción terapeuta-paciente en tres niveles: comunicación, relación terapéutica y modelo psicoterapéutico. Los resultados de su investigación se resumen en la *Tabla 13*.

#### **3.3.2.1 Comunicación**

En el análisis de este primer nivel destaca el modelo pentadimensional de psicoterapia mediada por computadora propuesto por Suler (2000), quien afirma que cualquier estilo de comunicación entre Terapeuta (T) y Paciente (P) puede



**Tabla 13.**

Posible rol e influencia de las herramientas basadas en la Internet sobre los niveles de interacción entre Terapeuta y Paciente

Nivel de interacción	Grado de influencia	Justificación
Comunicación	Alto	La calidad de la comunicación puede verse limitada o beneficiada, dependiendo de las características de la herramienta empleada.
Relación terapéutica	Alto	Dado que la comunicación es uno de los factores clave en la creación y mantenimiento de una buena relación y alianza terapéutica, una comunicación limitada podría conducir a una relación disfuncional.
Modelo psicoterapéutico	Bajo	Los métodos, técnicas y procedimientos terapéuticos empleados dependen totalmente de la teoría psicológica de la que provienen y no de la herramienta usada. Por tanto, una técnica en particular puede ser aplicada en terapia vía internet de forma tan efectiva como en la terapia cara a cara.

conceptualizarse a lo largo de cinco dimensiones, las cuales deben ser controladas, combinadas y modificadas en una gran variedad de formas para ajustarse a las necesidades específicas del paciente. Además, el autor enfatiza que cada una de dichas categorías no son una dicotomía, sino más bien una dimensión bipolar con gradiente entre los dos extremos, de manera que en todo momento son capaces de superponerse e interactuar entre sí.

La primera dimensión, *sincrónico / asincrónico*, se refiere a la velocidad de retroalimentación entre T y P.

Herramientas como el chat, avatar, videoconferencias y llamadas telefónicas vía internet son ejemplos de comunicación sincrónica, donde los participantes deben estar en línea al mismo tiempo, intercambiando mensajes en tiempo real. Entre las ventajas de su uso en intervención psicológica vía internet destacan: la posibilidad de programar sesiones con límite de tiempo; la interacción T-P es más espontánea, permitiendo obtener información más certera del P; claves no verbales como pausas en la conversación, impuntualidad en la cita y desinterés en ciertos temas no se pierden; en el P se crea una sensación de presencia al conversar con el T en tiempo real. Sus desventajas son: la velocidad

de transmisión de la información determina la calidad del encuentro T-P, ya que conexiones lentas a internet ralentizan la conversación; dificultad para acordar una cita, especialmente en aquellos casos donde T y P viven en diferentes zonas horarias; disminución de la zona de reflexión, la cual consiste en un periodo de tiempo que permite al T y P pensar las respuestas antes de enviarlas, poniendo especial atención en el proceso mientras se comunican con el otro, dando al mismo tiempo un sentido de contención emocional (Rochlen et al., 2004)

Por otro lado, el correo electrónico, foros y blogs son ejemplos de comunicación asincrónica, cuya principal característica es que los participantes no deben estar en línea en un mismo momento, pues la retroalimentación entre ambos se extiende a un largo período de tiempo. Sus ventajas: ausencia de dificultades para acordar una cita, las diferentes zonas horarias no son un inconveniente; aumento de la zona de reflexión, permitiendo que el T maneje con más eficacia reacciones de contratransferencia y en el caso del P tiene importantes implicaciones concernientes a la impulsividad, pues tiene la posibilidad de responder al mensaje cuando se siente listo para hacerlo. Sus desventajas: los límites profesionales de una cita con una duración específica se pierden completamente, pues no existen estándares sobre la frecuencia de comunicación entre T y P; la sensación de presencia es mínimo; la espontaneidad de la interacción se pierde; posible malinterpretación de mensajes con ausencia de clarificación espontánea; pérdida del sentido de compromiso y dedicación que puede crear una cita en tiempo real; pérdida de claves no verbales de comunicación; puede presentarse el fenómeno del agujero negro, que consiste en la ausencia de retroalimentación, aumentando así el nivel de ansiedad de los pacientes.

La segunda dimensión, *textual / sensorial*, se refiere al formato de información que determinada herramienta es capaz de soportar.

Ejemplo de herramientas para el intercambio textual de mensajes son el chat, correo electrónico, foros y páginas web que las personas utilizan para expresarse y recibir retroalimentación. La principal ventaja para su empleo, es que

este tipo de comunicación fomenta la autoobservación, insight, la narrativa personal y la biblioterapia; además de que la conservación palabra por palabra del proceso terapéutico brinda la oportunidad de revisar y evaluar encuentros pasados, siendo de gran valor sobre todo en investigación y supervisión de casos. Otras ventajas son que algunas personas con determinada personalidad y características cognitivas, pueden expresarse mejor de forma escrita que oral; los P tienden a desinhibirse con el uso de estas herramientas, de tal forma que el estigma de „ser paciente“ desaparece y como resultado son más honestos en la descripción de su problemática y variables asociadas a ésta. Sus desventajas: importantes claves no verbales se pierden como tono de voz, lenguaje corporal y apariencia física; la ausencia física puede reducir la sensación de intimidad, confianza y compromiso; no todas las personas pueden expresarse fácilmente a través de la escritura; el uso de sarcasmo puede llevar a malentendidos, proyecciones y reacciones de transferencia exageradas; a veces, el texto es percibido por el P como un medio de comunicación formal, lo que ocasionaría una falta de percepción de empatía por parte del T hacia el P.

Bajo el rótulo de comunicación sensorial se ubican todas aquellas herramientas que soportan formatos de información diferente al textual, es decir, audio, video e imágenes; por ejemplo, videollamadas, páginas web con imágenes interactivas y avatars. Sus ventajas: la sensación de presencia aumenta cuando múltiples señales sensoriales están disponibles, influyendo positivamente en el sentido de intimidad y compromiso con la terapia; al ser menos ambiguo que el uso de texto, reduce malentendidos, proyecciones y reacciones de transferencia exagerados; la presencia de múltiples señales sensoriales, provee información muy valiosa sobre el P; existen personas que se expresan mejor de forma oral que escrita. Sus desventajas: es difícil almacenar cada una de las sesiones, especialmente si se encuentran en video, pues consumen gran cantidad de espacio para su almacenamiento; algunos P se sienten incómodos con la existencia de numerosas señales sensoriales; mientras más señales sensoriales existan, más sofisticado debe ser el software y la velocidad de internet requerida.

La tercera dimensión, *verdadero / imaginario*, se refiere a la capacidad de la herramienta para imitar un encuentro cara a cara entre T y P.

Se dice que la comunicación es verdadera cuando imita la mayor parte de las sensaciones de un encuentro cara a cara. Sus ventajas: el T puede verificar con exactitud la identidad del P; alta sensación de presencia, incrementando así la intimidad y compromiso con la terapia; algunos P sienten más seguridad al comunicarse usando su propia voz y lenguaje corporal. Sus desventajas: los formatos de audio y video requieren conexiones más rápidas a internet y hardware extra; algunos P se muestran más ansiosos y menos expresivos en encuentros cara a cara; se necesita mucho espacio para su almacenamiento.

Por otro lado, la comunicación imaginaria consiste en la creación de un mundo totalmente virtual para el P, siempre que el caso lo requiera. Destacan como ejemplos, los programas *Háblame*<sup>6</sup> y *Sin Miedo*<sup>7</sup>. Sus ventajas: técnicas como juego de roles, psicodrama, inundación e implosión se ven beneficiadas al crear ambientes imaginarios para su aplicación; la experiencia del P en ambientes virtuales provee información útil para discutirla dentro de las sesiones. Sus desventajas: la velocidad de internet debe ser extremadamente alta para su correcto funcionamiento; algunos tipos de psicopatología no responden bien o pueden ser exacerbados por escenarios imaginarios, especialmente si se trata de condiciones psicóticas; el centrarse excesivamente en identidades y escenarios imaginarios puede convertirse en una forma de defensa y representar sólo una diversión, en lugar de un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos.

La cuarta dimensión, *automatizado / interpersonal*, se refiere al grado de interacción humano-humano que se da durante el proceso psicoterapéutico.

---

<sup>6</sup> *Háblame* es un programa de tratamiento cognitivo conductual autoadministrado basado en la internet diseñado para tratar el miedo a hablar en público y que incluye cinco componentes: psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, cambio de foco atencional y prevención de recaídas (Gallego, 2006). La exposición se realiza utilizando escenarios que consisten en audiencias reales relacionadas con diversas situaciones a hablar en público grabadas en video (Botella et al., 2006).

<sup>7</sup> *Sin Miedo* es un programa de tratamiento cognitivo conductual autoadministrado basado en la internet diseñado para tratar fobia a animales pequeños como arañas, cucarachas y ratones; cuyo funcionamiento y componentes están cimentados en los mismos principios del programa *Háblame* (Botella et al., 2006).

La comunicación automatizada se caracteriza por la ausencia de contacto directo entre T y P, a tal grado que es considerada una interacción humano-máquina. Los programas *CBT4CBT*<sup>8</sup> y *Eliza*<sup>9</sup> son los ejemplos más representativos. Entre las ventajas se encuentran: algunas personas pueden ser más expresivas y sentirse más cómodas con un T no humano; los programas de computadora tienden a ser más eficientes, objetivos y certeros durante las fases de evaluación, ya sea inicial, intra o post-tratamiento; las computadoras pueden programarse para detectar fácilmente patrones de ideas en los diálogos con el P; pueden trabajar bien ayudando a la gente a tomar decisiones sobre qué tipo de psicoterapia es mejor para ellos. Sus desventajas: algunas personas no se sienten cómodas hablando con una máquina; la empatía no puede ser simulada por ningún programa computarizado; los programas tienen una capacidad limitada para adaptarse a nuevas situaciones, determinada por su programación inicial; es imposible que una máquina recree todas las características de un ambiente psicoterapéutico tradicional.

La comunicación interpersonal implica que el P tiene contacto directo con un T, ya sea de forma sincrónica o asincrónica durante todo el proceso terapéutico. Sus ventajas: el T es capaz de mostrar empatía, aceptación y autenticidad hacia el P, influyendo positivamente en la alianza terapéutica y la sensación de presencia; el T humano tiene la habilidad de adaptarse fácilmente a nuevas situaciones; una computadora no puede sustituir el juicio clínico de un psicólogo experimentado. Sus desventajas: algunas pruebas psicológicas son muy complicadas de evaluar, con posibilidades elevadas de cometer errores; la interacción humano-humano puede suscitar reacciones de transferencia y

---

<sup>8</sup> El *CBT4CBT* es un programa de tratamiento autoadministrado basado en la internet, desarrollado para la dependencia de sustancias y cuyo objetivo es comprender y modificar los patrones de consumo de sustancias, afrontamiento del ansia de consumo, rechazo de los ofrecimientos de drogas y alcohol, habilidades de resolución de problemas, identificación y modificación de los pensamientos relativos a las drogas y el alcohol; así como una mejora sustancial en las habilidades de toma de decisiones (Greist, 2008).

<sup>9</sup> *Eliza* es un programa desarrollado entre 1964 y 1965 por Joseph Weizenbaum, capaz de simular una conversación entre un terapeuta y un paciente, donde *Eliza* desempeña el papel de un terapeuta rogeriano no directivo (Moro, 2007).

contratransferencia que entorpecen el adecuado funcionamiento de la terapia; el T puede hacer sesgos en el análisis de la información obtenida.

Finalmente, la quinta dimensión, *invisible / presente*, se refiere al grado de participación que las personas tienen durante la interacción.

Si la interacción es pasiva se denomina invisible y las ventajas son: la posibilidad de supervisores „invisibles“ son una técnica invaluable en el entrenamiento en terapeutas; algunos P se sienten más cómodos cuando creen que el T no está presente; ser un *paciente invisible*<sup>10</sup> reduce e incluso puede eliminar el estigma social de ser un P, además de que la mayoría de ellos se beneficia del aprendizaje vicario. Sus desventajas: los efectos curativos del contacto humano se pierden; el sentido de compromiso con la terapia se ve reducido cuando una de las dos partes no está del todo presente; la idea de ser completamente invisible tiende a dar un falso sentido de seguridad; la invisibilidad del T o P acarrea muchos dilemas éticos.

En cambio, la comunicación es presente cuando tanto la interacción del P como del T es activa. Su ventaja es el aumento del sentido de compromiso con la terapia, sensación de intimidad y de presencia. Su desventaja más notoria es que mientras más anonimato permita la herramienta de comunicación empleada, mayor probabilidad de que las personas expresen agresión hacia otros usuarios, este fenómeno es fácil de observar en foros de discusión.

### 3.3.2.2 Relación terapéutica

Definida por García & Rodríguez como una **“negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo el binomio salud-enfermedad”** (2005: 30), la Relación Terapéutica (RT) es considerada una variable no específica que permite al

---

<sup>10</sup> También denominados por Beléndez & Suriá (2010) como *lurkers* o *mirones* y se refieren a las personas que leen los mensajes de diversos foros de internet destinados a funcionar como la versión electrónica de grupos de autoayuda sin enviar contribuciones, participando así de forma pasiva en el proceso terapéutico.

psicólogo cognitivo conductual funcionar como instrumento del cambio (Kleinke, 2002), creando un ambiente adecuado que facilite la aplicación de técnicas específicas (Etchevers et al., 2012).

Si bien es cierto que la atención psicológica cara a cara y vía internet comparten elementos y principios básicos, el hecho de que esta última se lleve a cabo en el contexto del ciberespacio le confiere características especiales a la forma en que P y T se relacionan; por lo que este segundo nivel de análisis pretende responder a la incógnita de ¿cómo afecta la inclusión de la tecnología en el proceso psicoterapéutico al desarrollo y mantenimiento de una RT eficaz?.

De acuerdo con Kleinke (2002) existen tres elementos que toda RT, mediada o no por la internet, incluye: alianza terapéutica, transferencia e intercambio personal. Aunado a estos, Langas (2005) explica que los factores asociados a una buena RT en línea destacan: competencia del terapeuta, idoneidad del paciente, cualidades psicológicas del espacio donde el encuentro terapéutico ocurre, nivel de seguridad y confidencialidad.

Es muy importante que el psicólogo se sienta cómodo con el uso de las diferentes herramientas de comunicación basadas en la internet y en el caso de usar texto, deberá ser capaz de transmitir emociones por escrito, anticiparse a las necesidades del usuario, realizar mensajes de síntesis que sepan recoger los aspectos esenciales y transmitirlos de forma clara (Pousada et al., 2007). Al respecto, Griffiths & Cooper (2003) citan diversos estudios que demuestran que en ausencia de pistas visuales, el terapeuta en línea desarrolla habilidades para compensar esta pérdida de comunicación no verbal, por ejemplo, son más cuidadosos y precisos en la elección de palabras que usarán.

Los mismos autores señalan que otro desafío al que se enfrentan los profesionales es ¿cómo establecer rapport con alguien a quien nunca se ha visto?. Contrario a lo que se pudiera pensar, este proceso es relativamente sencillo gracias a dos fenómenos propios de la interacción en el ciberespacio: la telepresencia y la desinhibición. El primero consiste en la sensación de estar en

presencia de alguien sin compartir físicamente ningún espacio inmediato (Rochlen et al., 2004). El segundo es resultado de la percepción de anonimato que proporciona la Red, donde los pacientes tienden a revelar información íntima mucho más rápido de lo que ocurre en una sesión cara a cara; oportunidad que el terapeuta aprovecha respondiendo apropiadamente, ética y sensitivamente para establecer un vínculo adecuado con el paciente desde la primera interacción (Langas, 2005).

Aunque todos los autores, partidarios o no de la ciberterapia, coinciden en que esta modalidad de atención no es recomendada para cualquier paciente ni para cualquier trastorno, no existe aún un consenso sobre el perfil del candidato idóneo a ser tratado virtualmente.

Los criterios de inclusión mencionados con mayor frecuencia, son que el paciente:

- Pertenezca al menos a un nivel socioeconómico medio y que de preferencia cuente con acceso a una computadora e internet desde su casa, pues el café internet no necesariamente brinda la privacidad que muchos usuarios desean (Salmerón, 2009).
- Muestre facilidad de comunicación a través de la internet y capacidad de concreción a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema (Bermejo, 2001).
- No presente condiciones comórbidas (Andersson, 2010), por ejemplo, solapamiento entre ansiedad y depresión. Teniendo en cuenta que ninguno de los trastornos presentados tiene la consideración de grave o muy grave (Bermejo, 2001).

Mientras que los criterios de exclusión mencionados con mayor frecuencia son que el paciente:

- Sea tecnofóbico, con limitada experiencia en computadoras y/o analfabeta (Jarne, 2002).



- Experimenta un trastorno psiquiátrico que conlleva distorsión de la realidad, ideas suicidas; o estén experimentando un alto índice de disturbios psiquiátricos comórbidos secundarios (Abbot et al., 2008).
- Es incapaz de seguir instrucciones a distancia en cuanto a la aplicación de estrategias y técnicas de cambio terapéutico (Bermejo, 2001).
- Actualmente es víctima de violencia o abuso sexual (Abbot et al., 2008).

De acuerdo con Suler (1996), las cualidades psicológicas del espacio donde terapeuta y paciente interactúan estarán determinadas tanto por las características individuales de estos, como por el hardware y software empleado; tal y como se señaló en el modelo de e-comunicación al explicar el proceso de construcción del contexto de simulación.

El último factor asociado a una buena RT en línea tiene que ver con el nivel de seguridad que el sitio de internet provee para asegurar la confidencialidad de la información intercambiada, de tal manera que a mayor percepción de nivel de seguridad y confidencialidad por parte del paciente, mayor probabilidad de que sea sincero y participe activamente durante el proceso psicoterapéutico (Martínez et al., 2009).

### 3.3.2.3 Modelo psicoterapéutico

La introducción de la Internet en el cuidado de la salud mental trajo consigo el dilema de “*crear la virtualidad*” frente a “*adaptar a la virtualidad*” (Pousada et al., 2007). La primera postura aún carece de modelos claros y estructurados debido a que la mayor parte de la investigación ha girado en torno a la adaptación de las intervenciones que han demostrado su eficacia en entornos presenciales a un entorno virtual, pero que raramente responden a reconceptualizaciones de modelos o técnicas, o a reflexiones sobre la naturaleza misma de la intervención y de los cambios que supone el nuevo contexto donde se implementa. Al respecto, Jarne (2002) explica que a pesar de la notable adaptación que algunos modelos teóricos han logrado, aun no se disponen de técnicas y formas estructuradas de

brindar ciberterapia, como por ejemplo, modelos terapéuticos basados exclusivamente en un intercambio textual.

Bajo esta perspectiva, Cuijpers et al. (2008) afirman que tres son las razones por las que la mayoría de las intervenciones psicológicas basadas en la internet provienen del enfoque cognitivo conductual. La primera es la abundancia de evidencia empírica que demuestra su eficacia en intervenciones cara a cara. La segunda, la posibilidad de operacionalizar sus técnicas en texto. Finalmente, la tercera consiste en la relativa facilidad con que el proceso terapéutico se convierte a formatos estructurados con psicoeducación, tareas y ejercicios presentados a través de la Internet.

### **3.3.3 Alcances y limitaciones**

Dada la irrelevancia de la ubicación geográfica para establecer comunicación con otros mediante la internet, autores como Abbot et al. (2008), Andersson (2010), Bermejo (2001), Griffiths & Cooper (2003), Jarne (2002), Rochlen et al. (2004) y Ruíz (2005) coinciden en que la ciberterapia tiene el potencial de ayudar a personas que por diversas razones no buscan ayuda cara a cara, destacando tres posibilidades: Personas con restricción de tiempo y/o espacio, discapacitados físicos, viajeros, personal militar y reclusos. Personas con acceso limitado a servicios de salud, grupos apartados, aislados o estigmatizados que difícilmente tienen posibilidades de acceder a clínicas especializadas, e incluso el caso de inmigrantes que requieren atención y no dominan el idioma oficial del país en el que viven. Personas con características particulares, como padecer trastornos que implican graves dificultades para la comunicación cara a cara, de manera que recurren a este medio para romper barreras iniciales y afianzar un adecuado clima terapéutico y de ser necesario, trasladarse a sesiones presenciales; agorafóbicos y personas muy avergonzadas o ansiosas para hablar sobre sus problemas cara a cara con alguien; o bien, el hecho de que aun pudiendo acudir a un psicólogo cerca de su residencia, el paciente opta recurrir a

la ciberterapia por considerarse familiarizado con el uso de la tecnología y dispone de recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico a distancia.

A pesar de estos beneficios, los ciberpsicólogos coinciden en que el estar en línea y geográficamente distantes acarrea algunos problemas, a tal punto que esta modalidad terapéutica es considerada poco adecuada y peligrosa para atender de forma competente y completa una emergencia psicopatológica como amenaza de suicidio, agitación psicomotriz, cuadro agudo delirante o alucinatorio y riesgo inminente de agresión entre otros; sin embargo, ello no excluye la posibilidad de usar la internet como medio para detectar la probabilidad de riesgo inherente o la existencia del mismo (Jarne, 2002); aunque indirectamente esto implica otra dificultad, especialmente si paciente y terapeuta viven en diferentes países, pues ¿cómo remitir a alguien con un especialista en el extranjero si el mismo profesional no conoce los servicios de salud ahí disponibles?. En este sentido, cobra vital importancia el tema de la trascendencia de las fronteras físicas que implica la internet, pues el hecho de que ambos pertenezcan a diferentes países, con leyes diferentes, supone un reto para establecer y uniformar criterios legales de regulación de estas actividades, hecho que dista mucho de convertirse en realidad (Martínez et al., 2009).

Por otro lado, si bien es cierto que los ambientes virtuales son cada vez más sofisticados en lo que se refiere a sensaciones, ver, escuchar o ambas cosas simultáneamente; también lo es el hecho de que aún es limitado, pues aunque el software para videollamadas es relativamente eficiente y fácil de usar, la calidad de interacción física y táctil es muy limitada o inexistente (apretón de manos, palmadas en la espalda, abrazos), al menos hasta la actualidad (Suler, 1996). Sumado a esto resaltan otros problemas técnicos, tanto por el desigual desarrollo tecnológico entre diferentes áreas geográficas como por la capacidad tecnológica de soportar discusiones cara a cara con alta calidad de sonido e imagen (Martínez et al., 2009). Es así que la deficiencia o ausencia de información visual y auditiva durante el proceso de evaluación del estado mental puede conducir a un mal

diagnóstico clínico, lo cual se ve compensado por la alta fiabilidad que los instrumentos de diagnóstico computarizado han demostrado (Jarne, 2002).

Comparada con la terapia cara a cara, Pousada et al. (2007) reportan que la ciberterapia tiene un menor costo económico, ya que permite atender a un volumen de usuarios mayor del que con los mismos recursos podría atenderse de forma presencial.

Otra limitación importante que vale la pena mencionar es que con la e-comunicación ha surgido una forma de relación llamada hiperpersonal, definida por Jarne (2002) como la tendencia de que la persona se presente selectivamente a sí misma, eligiendo aquellos aspectos que desea resaltar y minimizando u ocultando lo que no le interesa. Naturalmente este fenómeno también es posible en la interacción cara a cara pero parece ser más fácil de detectar y ser trabajado por el terapeuta en virtud de las múltiples señales no verbales que están disponibles.

Por último, el fenómeno conocido en inglés como *patient targeted googling*, que de acuerdo con Clinton et al. (2010) consiste en la habilidad del terapeuta para reunir rápidamente y sin esfuerzo información personal del paciente fuera del contexto de la visita al consultorio usando diversos motores de búsqueda entre los que destaca google, ha sido blanco de numerosas reflexiones en torno a sobre si es ético o no acudir a este recurso, pues mientras que por un lado sirve de ayuda al cuidado del paciente, por otro podría distorsionar e incluso destruir la alianza terapéutica.

## **CAPÍTULO IV.**

### **PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA**

La Psicología Basada en Evidencia (PBE) es un enfoque orientado a ofrecer intervenciones eficaces, breves y a un menor costo con tres objetivos. El primero, determinar que los resultados justifican una inversión a nivel terapéutico (costo de terapia), a nivel sanitario (ahorro de tratamientos ulteriores) y a nivel social (menos ausentismo laboral, menor uso de recursos sociales y prevención de problemas en otros miembros de la familia). El segundo, contribuir a que los pacientes y profesionales cuenten con información clara que les oriente sobre que ayuda buscar u ofrecer para hacer frente a problemas psicológicos. El tercero, favorecer que los profesores universitarios cuenten con una orientación clara para formar a los futuros psicólogos en aquellas intervenciones que han mostrado su utilidad (Echeburúa et. al., 2010).

#### **4.1 Antecedentes**

La PBE surge de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), cuyo origen data del año 1747 cuando James Lind, un cirujano de la armada británica, realizó el primer ensayo clínico aleatorizado de la historia con el afán de encontrar una cura para el escorbuto, que en ese entonces cobraba la vida de más del 40% de los marineros. A partir de ese momento, la medicina adoptó progresivamente criterios científicos que permitieran clasificar la evidencia disponible de todos sus tratamientos, tanto quirúrgicos como farmacológicos, con el objetivo de aplicar solo aquellos que demostraran su eficacia (Moriana & Martínez, 2011).

En el campo de la psicología, es hasta el año de 1949 en la Conferencia de Boulder, cuando se propone por primera vez la adopción del modelo de la MBE en el entrenamiento y práctica de los psicólogos clínicos, idea que adquiere cada vez

más fortaleza cuando Eysenck publica un artículo en 1952 (citado en Vázquez & Nieto, 2003) donde afirmaba que la no intervención era igual de eficaz que la intervención con cualquiera de las prácticas psicoterapéuticas tradicionales. A partir de este momento, un gran número de investigadores se esforzaron por adaptar el modelo de la MBE a la práctica psicológica.

Berrio & Hernández (2003) sostienen que a lo largo del proceso para lograr dicha adaptación se pueden diferenciar claramente cuatro generaciones de partidarios de la PBE. La Generación I abarca la primera mitad de los 60"s y sus investigaciones pretendían responder a la interrogante de cómo la psicoterapia era efectiva para producir cambios en los pacientes. Por ello, todos los esfuerzos científicos se centraron en identificar la importancia de diferentes variables dentro del proceso terapéutico, su contribución al cambio y el enfoque psicológico que lo sustentaba, pero nunca tomaron en cuenta las características de los pacientes ni su ambiente. La Generación II comprende desde la segunda mitad de los 60"s hasta la primera mitad de los 80"s y sus investigaciones se centraron en comparar diferentes métodos para tratar un mismo problema blanco, destacando por su número, artículos sobre fobias y ansiedad a hablar en público. Surgen los manuales de terapia y los científicos comienzan a utilizar el meta-análisis para evaluar la eficacia de los tratamientos. La Generación III incluye los 80"s y 90"s. Se caracteriza por la adopción definitiva del modelo de la MBE, la sustitución de los problemas blanco por diagnósticos del DSM y se abogó por la elaboración de manuales más detallados que incluyeran un número fijo de sesiones y el uso de terapias teóricamente puras. Finalmente, hoy en día se está conformando la Generación IV, que pretende fomentar la colaboración entre investigadores clínicos a través del estudio de tratamientos teóricamente integrados, el uso de resultados de investigación para mejorar los manuales de terapia ya creados y encontrar la mejor forma de difundir los resultados de investigación dentro de la comunidad clínica.

## 4.2 Principios de la Psicología Basada en Evidencia

Con el objetivo de conseguir la mejor evidencia con la cual poder atender a las preguntas clínicas surgidas de la práctica cotidiana en un espacio y tiempo determinados, la PBE sostiene que toda intervención psicológica deberá ser valorada a partir de tres perspectivas diferentes: eficacia, efectividad y eficiencia, las cuales se encuentran en relación directa con la probabilidad de éxito de la intervención tal y como se observa en la *Tabla 14*. Echeburrúa et. al. (2010) y Rosa, et. al. (2004) explican detalladamente cada una de estos elementos.

**Tabla 14.**

Criterios de éxito de la intervención

	Conceptos fundamentales	Definición	
Validez interna ↑	Eficacia	Resultados favorables en un contexto de investigación	↓ Validez externa
	Efectividad	Resultados favorables en la práctica clínica habitual	
	Eficiencia	Buenos resultados al menor costo posible (en término de dinero, tiempo del terapeuta y sufrimiento del paciente)	

**Nota Fuente:** Echeburrúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. & Polo-López, R. (2010) Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. Revista Argentina de clínica psicológica. 19(3):251

Definen la eficacia como la capacidad que tiene la intervención de producir cambios psicológicos en la dirección esperada, por lo que los estudios realizados bajo esta perspectiva son llevados a cabo en ambientes controlados donde usualmente los participantes presentan una sintomatología un tanto homogénea y sin comorbilidades, los terapeutas tienen poca experiencia pero un alto grado de motivación, las intervenciones tienen un número prefijado de sesiones con contenidos rígidos y se programan sesiones de seguimiento de entre 6 a 12 meses. Por lo tanto, sus resultados incluyen una elevada validez interna pero una validez externa muy baja.

Así mismo, se considera que una intervención deja de ser eficaz para convertirse en efectiva cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos en la investigación sometida a un riguroso control y en condiciones óptimas a las situaciones clínicas reales, en otras palabras, la efectividad pretende determinar si las intervenciones propuestas producen efectos medibles en poblaciones amplias de pacientes dentro de ambientes clínicos reales, por lo que los estudios realizados bajo esta perspectiva se caracterizan por contar con una muestra de pacientes con una sintomatología un tanto heterogénea y presencia de comorbilidades; las intervenciones son de contenido flexible, no tienen un número prefijado de sesiones y son dirigidas por terapeutas experimentados con un grado de motivación bajo en comparación con los que participan en estudios de eficacia. Además, el seguimiento suele ser muy corto o incluso inexistente. Por lo tanto, sus resultados incluyen una elevada validez externa.

Por último, los autores destacan la importancia de no confundir el concepto de eficiencia con la simple reducción de costos ya que esta perspectiva trata solamente de abaratar los servicios centrandose su interés en el ahorro económico y dejando de lado la calidad con el significado que le otorga la PBE, donde de acuerdo con Stevens & Méndez (2007) la eficiencia implica tanto el logro de objetivos clínicos al menor costo posible a través del máximo aprovechamiento de los recursos disponibles, como justificar la necesidad de continuar recibiendo apoyo económico para el desarrollo y aplicación de determinadas intervenciones a nivel terapéutico, sanitario y social, aumentando así los índices de salud pública a nivel nacional.

### **4.3 Valoración de la evidencia científica**

Desde hace ya algunas décadas, comenzó a nivel mundial un fuerte movimiento encaminado a la reducción de costos en todos los aspectos que competen al sistema de salud pública, sin que por ello se vea mermada la calidad de los servicios sanitarios ofrecidos.



En lo que respecta al campo de la salud mental, la valoración de la evidencia científica sobre el éxito de las intervenciones psicológicas es particularmente compleja debido principalmente a que a diferencia de las intervenciones médicas, las psicológicas están guiadas por un modelo biopsicosocial que además de reconocer la importancia de los factores biológicos, también resalta el papel de variables psicológicas y sociales asociadas a la adquisición y mantenimiento de la condición de salud o enfermedad (Berrio & Hernández, 2003).

#### **4.3.1 Sistemas de jerarquización de la evidencia**

Debido a que no todos los conocimientos provenientes de artículos científicos publicados tienen el mismo impacto o valor sobre la toma de decisiones en materia de salud, se hizo necesario proponer sistemas de jerarquización en la calidad de la evidencia con el objetivo de estandarizar procedimientos que permitan determinar la validez de los hallazgos en virtud de la calidad metodológica de los estudios; garantizando así por una parte el acercamiento a la veracidad científica y por otro, que dicha verdad pueda traducirse en recomendaciones aplicables a la práctica clínica cotidiana. Todo ello bajo el supuesto de que aquellos estudios con mayor número de sesgos no deberían justificar acciones clínicas.

En este punto resulta importante señalar que no todos los diseños de investigación tienen el mismo poder para formular una recomendación; y más aún, un mismo diseño puede tener un nivel de evidencia y grado de recomendación diferente según el escenario clínico del que se trate, es decir, tratamiento, prevención, etiología, daño, pronóstico, historia natural, diagnóstico diferencial, prevalencia, estudios económicos o análisis de decisión (Manterola & Zavando, 2009). Es así que en función del rigor científico del diseño de los estudios ya se habían descrito y propuesto para el 2009 alrededor de 100 sistemas distintos para valorar y jerarquizar la evidencia. La *Tabla 15* muestra los sistemas de clasificación más utilizados, donde desafortunadamente se observa que la mayoría de ellos no consideran otras áreas de investigación clínica además de las

relativas a tratamiento, con excepción de la propuesta de Sackett y la del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (OCEBM).

**Tabla 15.**

Propuestas para la jerarquización de la evidencia científica

Ámbito clínico	Tratamiento	Prevención	Etiología	Daño	Pronóstico	Diagnóstico	Prevalencia	Económico
Propuesta								
CTFPHC		X						
SACKETT	X	X	X	X	X	X		X
USPSTF						X		
OCEBM	X	X	X	X	X	X	X	
SIGN	X							
NICE	X					X		
APA	X							

**Nota Fuente:** Modificada de Manterola, C. & Zavando, D. (2009) Cómo interpretar los “niveles de evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista chilena de cirugía*. 61(6):584

#### 4.3.1.1 La propuesta OCEBM

La escala de gradación de la evidencia elaborada por la Universidad de Oxford y representada en la *Tabla 16* se caracteriza no sólo por valorar la evidencia científica disponible de acuerdo al mejor diseño para cada escenario clínico en 5 niveles; sino también, por estar acompañada de un protocolo que permite clasificar la fuerza de las recomendaciones emitidas con base en el nivel de la calidad de los estudios analizados en 4 grados (de A a D), cada uno con la posibilidad de extrapolar a escalones más bajos por diversas razones clínicas, tal y como se observa en la *Tabla 17* (Rodríguez et. al., 2009).

En la reunión del 2011 del grupo de trabajo del OCEBM para la actualización del sistema de jerarquización se decidió omitir las preguntas económicas y de análisis de decisiones incluidas en la versión del 2009 por considerar insuficiente el número de investigaciones disponibles que les permitiesen declarar sobre que contaría como evidencia de calidad en dichos escenarios y que no. Otro cambio importante consistió en la inclusión de preguntas separadas sobre daños comunes (presentados por más del 20% de la

población) y raros (menos del 20 %), así como el valor de una revisión temprana de la salud en caso de existir señales clínicamente significativas.

Finalmente Howick et. al. (2011) explican que cada columna de la *Tabla 16* indica una serie de pasos que deberían seguirse durante la búsqueda de la mejor evidencia para cada escenario clínico, donde los niveles superiores corresponden a la más fuerte y los inferiores a la más débil.

**Tabla 16.**

Niveles de Evidencia OCEBM.

Pregunta Niveles	¿Qué tan común es el problema?	¿La prueba de diagnóstico o de monitoreo es precisa? (Diagnóstico)	¿Qué sucederá si no aplicamos una terapia? (Pronóstico)	¿Esta intervención es beneficiosa? (Beneficios del tratamiento)
Paso 1 (Nivel 1*)	Encuestas recientes y locales de muestras aleatorias (o censos).	Revisión sistemática de estudios cruzados con aplicación uniforme de referencia estándar y cegada.	Revisión sistemática de estudios de cohorte donde los pacientes se incluyen desde el comienzo de la enfermedad.	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. Ensayos n=1.
Paso 2 (Nivel 2*)	Revisión sistemática de encuestas con posibilidad de hacer comparaciones con circunstancias locales. **	Estudios individuales cruzados con aplicación uniforme de referencia estándar y cegada.	Estudios de cohorte donde los pacientes se incluyen desde el comienzo de la enfermedad.	Ensayo aleatorio con efecto espectacular. Estudio observacional con efecto espectacular.
Paso 3 (Nivel 3*)	Muestra local no aleatoria. **	Estudios no consecutivos. ** Estudios donde no se aplicó referencia estándar de manera uniforme. **	Estudio de cohorte. * Grupo control de ensayo aleatorizado.*	Estudio de cohorte controlado no aleatorio. ** Estudio de seguimiento.**
Paso 4 (Nivel 4*)	Serie de casos. **	Estudios de casos y controles. ** Estudios de referencia estándar no independiente o de baja calidad. **	Serie de casos. ** Estudios de casos y controles.** Estudio de cohorte pronóstico de baja calidad.**	Serie de casos. ** Estudios de casos control.** Estudios históricamente controlados.**
Paso 5 (Nivel 5)	- - - - -	Razonamiento basado en los mecanismos.	- - - - -	Razonamiento basado en los mecanismos.

**Notas:**

\* Se puede bajar el nivel según la calidad del estudio, imprecisión, su carácter indirecto (El estudio PICO no coincide con las preguntas PICO), por inconsistencias entre los estudios o porque el grado absoluto del efecto es demasiado pequeño; se puede subir el nivel si el grado del efecto es grande o muy grande.

\*\* Como siempre, una revisión sistemática por lo general es mejor que un estudio individual.

**Tabla 16 (Continuación).**

Niveles de Evidencia OCEBM.

Pregunta Niveles	¿Cuáles son los efectos no deseables COMUNES? (Efectos no deseables del tratamiento)	¿Cuáles son los efectos no deseables POCO COMUNES? (Efectos no deseables del tratamiento)	¿Vale la pena esta prueba (de detección temprana)? (Pruebas de tamizaje)
Paso 1 (Nivel 1*)	Revisión sistemática de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayos clínicos aleatorios.</li> <li>• Estudios de casos control anidados.</li> </ul>	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	Ensayo n=1 con el paciente sobre el cual se hace la pregunta.	Ensayos n=1	
	Estudio observacional con efecto espectacular		
Paso 2 (Nivel 2*)	Ensayo individual aleatorio.	Ensayo aleatorio.	Ensayo aleatorio.
	Estudio observacional con efecto espectacular (excepcionalmente).		
Paso 3 (Nivel 3*)	Estudio de cohorte controlado no aleatorio.**		Estudio de cohorte controlado no aleatorio. **
	Estudio de seguimiento (supervisión post-marketing) siempre que haya suficiente número de pacientes para descartar un efecto no deseable frecuente. (Para daños a largo plazo, la duración del seguimiento debe ser suficiente).**		Estudio de seguimiento.
Paso 4 (Nivel 4*)	Serie de casos, estudios de casos control o históricamente controlados. **		
Paso 5 (Nivel 5*)	Razonamiento basado en los mecanismos.		
<p><b>Notas:</b></p> <p>* Se puede bajar el nivel según la calidad del estudio, imprecisión, su carácter indirecto (El estudio PICO no coincide con las preguntas PICO), por inconsistencias entre los estudios o porque el grado absoluto del efecto es demasiado pequeño; se puede subir el nivel si el grado del efecto es grande o muy grande.</p> <p>** Como siempre, una revisión sistemática por lo general es mejor que un estudio individual.</p>			

**Nota Fuente:** Adaptada del Grupo de trabajo sobre niveles de evidencia del OCEBM. (2011) Niveles de evidencia 2011 de Oxford. Disponible en <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1521.pdf> el 26 de septiembre de 2013.

**Tabla 17.**

Grados de recomendación de la OCEBM

Grados de recomendación	Significado	Tipo de evidencia científica
A	Extremadamente recomendable	Estudios de nivel 1.
B	Recomendación favorable	Estudios de nivel 2 ó 3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Recomendación favorable pero no concluyente	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2 ó 3.
D	Ni se recomienda ni se desaprueba	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

**Nota:**

La extrapolación se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio.

**Nota Fuente:** Primo, J. (2003) Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad inflamatoria intestinal al día*. 2(2):41

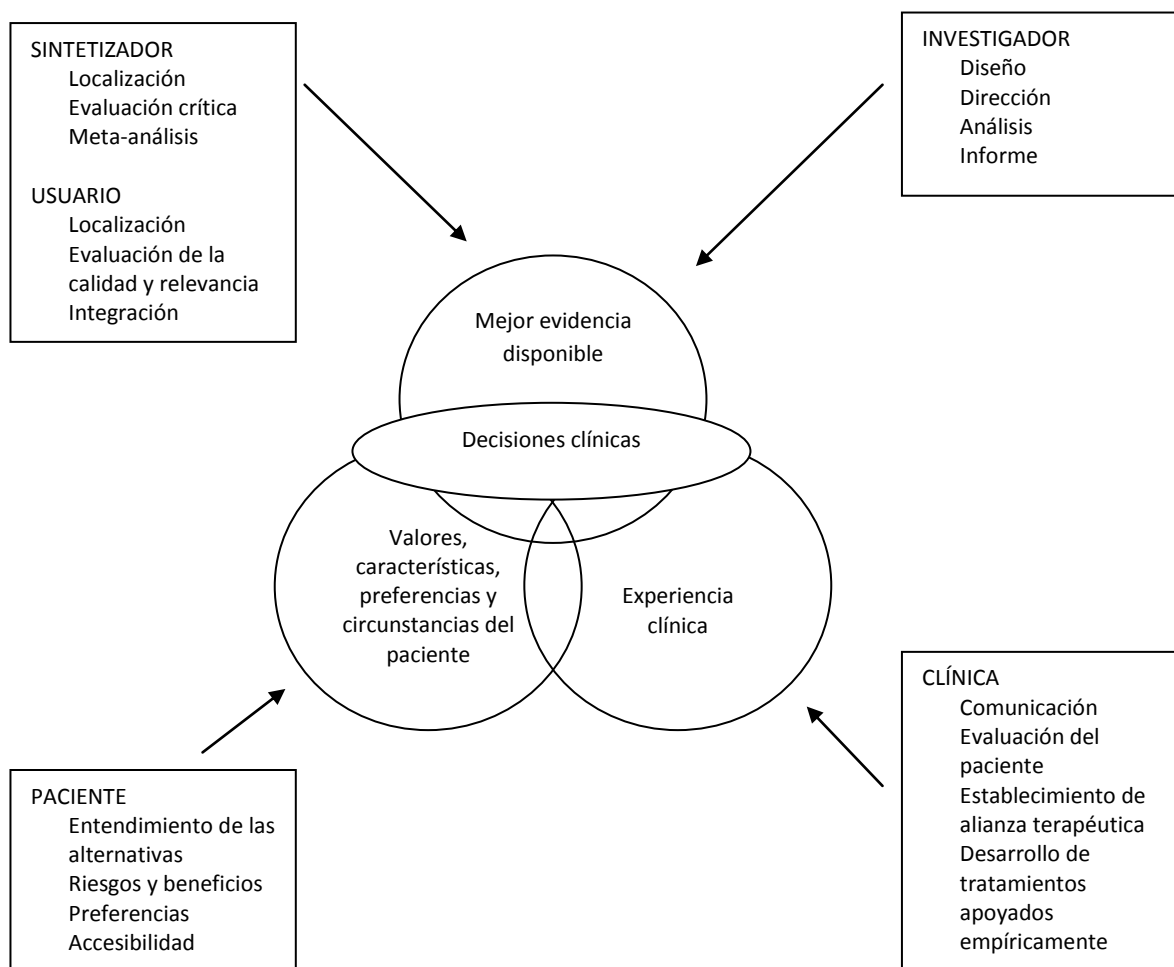
## 4.4 Práctica psicológica basada en evidencia

La Práctica Psicológica Basada en Evidencia (PPBE), definida como la integración de la mejor investigación disponible unida a la experiencia clínica en el contexto de las características, necesidades, valores, cultura y preferencias del paciente para la toma de decisiones en cuanto a la atención sanitaria individual (Aldana & Gómez, 2007; Rivera & Bernal, 2008), pretende promover buenas prácticas psicológicas mediante la incorporación de criterios sustentados empíricamente al establecimiento de la relación terapéutica (Daset & Cracco, 2013) y a todos los servicios psicológicos centrados en el ámbito de la salud, incluyendo la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y consejo terapéutico (Botella, 2009).

### 4.4.1 Los tres círculos del modelo de la práctica clínica basada en evidencia

En agosto de 2005, el consejo de la APA adopta por unanimidad los principios de Sackett como modelo de la práctica basada en evidencia, los cuales son representados con tres círculos, tal y como se observa en la *Figura 8*, donde

cada uno de ellos representa la cadena de datos que necesita ser recogida, interpretada e integrada para brindar una óptima intervención sanitaria.



**Figura 8.** Los tres círculos de la práctica clínica basada en evidencia.

**Nota Fuente:** Spring, B. (2007) Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters, what you need to know. *Journal of clinical psychology*. 63(7):613

Al respecto, Beck et. al. (2013) explican detalladamente los componentes de la siguiente manera. El primero de ellos, la *mejor evidencia disponible*, se refiere a resultados científicos relevantes sobre estrategias de intervención, evaluación y características de diversos problemas clínicos en múltiples poblaciones (niños, adolescentes, adultos, ancianos, parejas, grupos, comunidades) y en diversos contextos (laboratorios, hospitales, clínicas, escuelas,

instalaciones militares, instituciones de salud pública, centros de atención primaria).

El segundo componente denominado *experiencia clínica*, abarca un gran número de competencias que debe poseer el psicólogo clínico y que promueven resultados terapéuticos positivos entre las que destacan:

- Llevar a cabo evaluaciones y elaborar juicios diagnósticos, formulación sistemática de casos y planes de tratamiento.
- Tomar decisiones clínicas, implementación de tratamiento y monitoreo del progreso del paciente.
- Poseer y usar habilidades interpersonales, incluyendo la formación de la alianza terapéutica.
- Constante capacidad para autoreflexionar y adquirir habilidades profesionales.
- Evaluar y usar la evidencia de investigaciones, tanto de la psicología como ciencia básica y como ciencia aplicada.
- Comprender la influencia de las diferencias individuales, culturales y contextuales sobre el tratamiento.
- Buscar otros recursos disponibles en caso de ser necesario.
- Diseñar estrategias clínicas basadas en argumentos objetivos.
- Ser consciente de los límites entre los propios conocimientos y habilidades para prestar mayor atención a los heurísticos y sesgos – cognitivos y afectivos - que pudieran interferir con el logro de las metas terapéuticas.

Por último, es bien sabido que los valores, características, preferencias y circunstancias del paciente tienen una relación directa con los resultados terapéuticos. De ahí que el tercer y último componente propone que tanto para la formación y mantenimiento de la relación terapéutica, así como para la implementación de intervenciones específicas, el psicólogo deberá tener en cuenta las siguientes variables del paciente:

- Estado funcional, disposición para el cambio y nivel de apoyo social.

- Variaciones en el problema o trastorno presentado, etiología, comportamiento y síntomas o síndromes actuales.
- Edad cronológica, estadio del desarrollo, historial médico y etapa de vida.
- Variables familiares y socioculturales (ejemplo: género, identidad de género, etnia, raza, clase social, religión, discapacidad física, estructura familiar y orientación sexual)
- Contexto ambiental (racismo institucional, disparidades en la atención sanitaria) y estresores (desempleo, eventos importantes en la vida).
- Preferencias personales, valores y preferencias relacionadas al tratamiento (metas, creencias, visión del mundo y expectativas de tratamiento).

En resumen, al estar mediada por la interacción entre el profesional de la salud, el paciente y la evidencia científica, es recomendable que la toma de decisiones clínicas sobre el tipo de intervención a utilizar se realice en colaboración con el paciente tomando en cuenta también los probables costos, beneficios y disponibilidad de recursos del sistema de salud; aunque finalmente, el psicólogo sea quien tome la última decisión en cuanto a la aplicación de una determinada intervención (Stevens & Méndez, 2007).

#### **4.4.2 Metas de la práctica psicológica basada en evidencia**

Gaete & Herrera (2010) afirman que la PPBE requiere alcanzar cuatro metas intermedias para su uso efectivo, cada una de las cuales implica diversas actividades orientadas en función de tres ejes: investigación, cultura organizacional y formación/capacitación. La primera meta consiste en la “identificación y acceso a la PPBE” a través de la producción de evidencia en presentaciones amigables para el usuario final, ejemplo de ello son las guías clínicas. La segunda hace referencia a la “aceptación y adopción de la PPBE” mediante el diseño de programas para la formación o capacitación de los



psicólogos en el procedimiento de incorporación de la evidencia a la práctica profesional, además las instituciones deberán adoptar lineamientos que favorezcan la PPBE. La tercera, “implementación de la PPBE” comprende la aplicación de los programas diseñados en la fase anterior y finalmente, la cuarta meta “evaluación de la PPBE” consiste en favorecer procesos de retroalimentación entre la investigación y la práctica clínica. Para ello es necesario capacitar a los psicólogos en procedimientos de evaluación de resultados y la institución deberá incorporar los hallazgos de dichas evaluaciones en la toma de decisiones subsecuentes.

#### 4.4.2.1 Identificación y acceso a la evidencia

Debido al aumento significativo de la investigación clínica, aunado a los obstáculos a los que se enfrentan los profesionales de la salud para localizar de forma rápida y eficaz información relevante que favorezca el brindar una atención sanitaria de la mejor calidad posible a los pacientes, se hace evidente que la psicología al igual que otras ciencias de la salud, tiene la necesidad de disponer de herramientas fiables para comunicar información que mejore la toma de decisiones ante problemas clínicos específicos, que se apoyen en datos empíricos contrastados y que junto con el juicio del experto faciliten y aseguren el diseño y aplicación de intervenciones válidas (Frías & Llobell, 2003). Dentro de éstas herramientas destacan las Guías de Práctica Clínicas (GPC).

Las GPC se definen como un conjunto de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar al clínico a tomar decisiones adecuadas acerca de los cuidados para la salud más apropiados en circunstancias clínicas específicas, con el objetivo de asegurar un mejor nivel de atención en la práctica (Constantino, et. al., 2009). Dichas recomendaciones deben contar con los siguientes atributos: validez, confiabilidad clínica, flexibilidad y claridad.

Aldana & Gómez (2007) clasifican las GPC con base en la metodología utilizada para su construcción en:

- GPC basadas en la opinión de expertos: no existe una metodología estructurada para su elaboración y es común que existan sesgos en las recomendaciones finales.
- GPC basadas en consenso: cuentan con una metodología estructurada para su desarrollo y aunque puede haber sesgos en la selección de los estudios, se llega al establecimiento de acuerdos a través de las evidencias científicas analizadas.
- GPC basadas en evidencia: utilizan un método estandarizado para la búsqueda y valoración crítica de la evidencia localizada, de tal manera que sus recomendaciones se caracterizan por estar basadas en los últimos resultados disponibles de investigaciones realizadas con rigor metodológico.

Además de funcionar como una herramienta para promover la excelencia clínica, Constantino et. al. (2009) reconocen que la elaboración de GPC basadas en evidencia atrae consigo beneficios en las 5 áreas descritas en la *Tabla 18*.

**Tabla 18.**

Beneficios potenciales de las GPC basadas en evidencia.

Área de impacto	Beneficios
Calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar los resultados en salud</li> <li>• Disminuir la variabilidad de la atención</li> <li>• Promover el abandono de tratamientos dañinos, obsoletos y que generan costos injustificados.</li> <li>• Ofrecer información científica actualizada al profesional médico.</li> <li>• Servir de base para la elaboración de indicadores de calidad.</li> </ul>
Difusión de conocimientos científicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer información al médico y pacientes (incluyendo daños y costos) para seleccionar la mejor opción de una manera informada.</li> <li>• Difundir hallazgos de investigaciones médicas cuando se incorporan en las recomendaciones de las GPC.</li> <li>• Detectar deficiencias en los diseños de investigación y aspectos éticos de los estudios realizados.</li> <li>• Identificar las principales áreas de incertidumbre para dar una nueva dirección a los trabajos de investigación.</li> <li>• Apoyar la enseñanza y formación de recursos médicos.</li> </ul>
Políticas de salud	Brindar elementos a los usuarios (equipo de salud y pacientes) para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influir en políticas públicas.</li> <li>• Llamar la atención a problemas de salud no reconocidos.</li> <li>• Implementar intervenciones preventivas en grupos de alto riesgo.</li> </ul>

**Tabla 18 (Continuación).**

Beneficios potenciales de las GPC basadas en evidencia.

Área de impacto	Beneficios
Economía de la salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover la eficiencia al optimizar el uso de los recursos (dinero y tiempo)</li><li>• Mejorar la distribución de recursos al suprimir acciones no efectivas que generan costos innecesarios y reasignarlos a las más costo-efectivas.</li></ul>
Legal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proteger a los médicos de demandas por mala práctica.</li><li>• Fundamentar la decisión médica ante administradores, sus pares y para fines de presupuestos.</li></ul>

**Nota Fuente:** Constantino, P.; Viniegra, A.; Medécigo, C.; Torres, L. & Valenzuela, A. (2009) El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47(1):105

#### 4.4.2.2 Aceptación y adopción de guías clínicas

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (citada en Echevarría, 2009), el incremento en la calidad de los servicios de salud es resultado de la capacidad de los profesionales de la salud para tomar las mejores decisiones clínicas apoyándose en las recomendaciones establecidas en GPC y así derivar en políticas de salud que promuevan la asignación de recursos y sistemas de provisión que permitan llevar a cabo las acciones sanitarias correspondientes.

Al analizar la disponibilidad de investigaciones sobre intervenciones psicológicas y las características de la práctica clínica habitual es lamentable percatarse de la falta de integración entre estas áreas, comprometiendo así la calidad de la atención por un lado y por otro, sugiriendo la existencia de variables que condicionan la adscripción de los profesionales al modelo de la PBE.

Autores como Constantino et. al. (2009) reconocen que para lograr un impacto positivo en la calidad y asignación del gasto en atención sanitaria no basta con elaborar GPC y ponerlas al alcance del personal de salud; sino que también es necesario que cuenten con una actitud receptiva a las recomendaciones de la GPC y flexibilidad para realizar cambios en su práctica.

Ello exige un esfuerzo por parte de instituciones como sociedades científicas y universidades, para adoptar lineamientos que favorezcan la PPBE, ya sea diseñando cursos de capacitación y actualización o incorporando elementos a sus planes de estudios que favorezcan niveles elevados de competencia para utilizar intervenciones psicológicas con apoyo empírico (Becoña et. al., 2004); asegurando así que con el paso del tiempo no haya deterioro del saber psicológico ni del ejercicio profesional (Frías & Llobell, 2003).

De acuerdo con Berrio & Hernández (2003), un buen entrenamiento teórico y práctico para una adecuada PPBE debe permitir al psicólogo:

- Comprender conceptualmente la teoría de la psicopatología y el modelo de cambio relacionado con el cambio conductual subyacente a la intervención.
- Adquirir habilidades específicas de intervención basadas en evidencia.
- Adquirir habilidades terapéuticas generales, orientadas a crear un tipo de relación terapeuta-paciente y un patrón de interacción que potenciaría el pensamiento del proceso terapéutico requerido para una óptima eficacia de la intervención.
- Adquirir habilidades necesarias para llevar a cabo valoraciones de cualquier tipo de evidencia científica.

Además de estos elementos, el psicólogo debe aprender a tomar decisiones basándose no sólo en la evidencia sino también en su juicio clínico, por lo que Spring (2007) propone que su entrenamiento debe incluir también la adquisición de habilidades de comunicación, relaciones interpersonales, confianza, habilidades para la construcción de la alianza terapéutica, habilidades para la evaluación y diagnóstico y ética.

#### 4.4.2.3 Implementación de las recomendaciones

La implementación de la evidencia es un proceso complejo que depende de las características de tres factores: terapeuta, paciente e

infraestructura del sistema de salud. La *Tabla 19* resume las barreras identificadas por Gaeta & Herrera (2010), Rivera & Bernal (2008), Lobell et. al. (2004), Echeburrúa et. al. (2010) y Navarro (2011) que dificultan la adopción de la evidencia en la práctica psicológica cotidiana, así como las posibles soluciones.

**Tabla 19.**

Barreras y soluciones para la implementación de la evidencia.

Factor	Barrera	Solución
Terapeuta	<p><b><u>Actitudes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechazo a usar tratamientos contrarios a su formación, aún y cuando exista evidencia sobre su eficacia.</li> <li>• Infravaloración de los resultados a largo plazo, lo que se refleja en la preferencia por el uso de tratamientos intensivos y a corto plazo que consigan una mejoría valorable aunque incompleta.</li> <li>• Actitud negativa hacia la PBE.</li> </ul> <p><b><u>Creencias:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando la evidencia y las creencias personales se contradicen, los clínicos optan por la creencia.</li> <li>• Suposición de que la PPBE funciona como “recetas de cocina” que tienden a la cosificación del paciente, ignorando sus características personales.</li> <li>• Falsa percepción de que las investigaciones de eficacia y efectividad no consideran la complejidad de los contextos de servicios de salud.</li> </ul> <p><b><u>Formación / capacitación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento sobre cómo incorporar guías clínicas a la práctica clínica cotidiana.</li> <li>• Limitado acceso a revistas científicas.</li> </ul>	<p>Crear programas de capacitación para que los profesionales sean capaces de incorporar a su práctica profesional el uso de guías clínicas, bajo la premisa de que no son “recetas de cocina”, sino que su función consiste en orientar el trabajo para determinar la estrategia más óptima de acuerdo a las necesidades de cada paciente.</p>
Paciente	<p><b><u>Creencias:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas negativas sobre el resultado del tratamiento.</li> </ul> <p><b><u>Sintomatología:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistencia de pacientes sin comorbilidades.</li> <li>• Variación de la gravedad de los síntomas en pacientes con un mismo diagnóstico.</li> </ul>	<p>Difundir información sobre la utilidad y eficacia terapéutica de los diferentes tratamientos de acuerdo al motivo de consulta del paciente.</p>

**Tabla 19 (Continuación).**

Barreras y soluciones para la implementación de la evidencia.

Factor	Barrera	Solución
Infraestructura del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choque entre la filosofía y métodos asistenciales del servicio, con el tratamiento en cuestión.</li> <li>• Percepción de que la capacitación de los profesionales implica un gasto excesivo de tiempo y recursos económicos.</li> <li>• Tendencia a valorar más el número de consultas que se tienen, que a la calidad de las mismas.</li> <li>• Resistencia a modificar el modelo de atención.</li> <li>• Escasez de personal capacitado.</li> </ul>	<p>Además de facilitar guías clínicas a diversas instituciones del sector salud, es necesario llevar a cabo actividades encaminadas a establecer condiciones apropiadas de gestión, formación y motivación para que la comunidad adopte las recomendaciones establecidas en las guías.</p> <p>Contar con grupos de trabajo dentro de las instituciones que adapten la estructura recomendada en las guías clínicas a las características de los servicios ofrecidos por dicha institución.</p>

#### 4.4.2.4 Evaluación de la práctica basada en evidencia

Desde un punto de vista ético y científico, el psicólogo tiene la obligación permanente de poner en constante tela de juicio aquello que hace en la práctica clínica y así garantizar que realmente está haciendo lo mejor para resolver los problemas del paciente. Con base en ello, Elías (2009) recomienda que después del proceso de implantación de las GPC, su aplicación sea sometida a un período de evaluación en el que a través de una actitud de constante reevaluación y autocrítica, el gremio de psicólogos tenga la posibilidad de aportar sugerencias de mejoría, cambios en la estructura de la guía o inconformidades que pudieran existir respecto a la redacción de las recomendaciones.

### **4.5 Necesidad de una GPC basada en evidencia sobre intervención psicológica vía Internet para adultos con obesidad**

Pese a la desaceleración en el aumento de la prevalencia de obesidad en personas adultas durante el período comprendido entre el 2006 y 2012, México sigue ocupando uno de los primeros lugares a nivel mundial con mayores índices

de obesidad, superado sólo por Estados Unidos. Al respecto, varios periódicos como *El Financiero* y *Reforma* han publicado artículos en los que afirman que estas cifras pueden conducir a la crisis financiera más grave del sector salud (Aguirre, 2008; Chávez, 2012) ya que en 15 años el presupuesto asignado será insuficiente para atender este problema y las enfermedades asociadas a él como son: diabetes tipo 2, hipertensión arterial, infartos cardiacos, algunos tipos de cáncer, enfermedades de la vesícula, depresión y desórdenes músculo-esqueléticos (Díaz-Villaseñor, 2011).

Con el objetivo de evitar dicha crisis, se han creado a nivel mundial numerosas sociedades científicas dedicadas a analizar la información resultante de investigaciones sobre los factores de riesgo, estrategias de prevención, diagnósticas y tratamientos eficaces. Lamentablemente, a pesar de contar con evidencia suficiente para afirmar que la obesidad es una alteración metabólica con fuertes componentes genéticos, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, culturales, económicos y psicológicos, la mayoría de las instituciones realizan esfuerzos aislados de investigación y tratamiento; donde México no es la excepción, ya que en la práctica habitual no existen lineamientos, programas o abordajes multidisciplinarios coordinados dentro de las instituciones y mucho menos entre ellas (García et. al., 2008).

Lo anterior resalta el hecho de que el abordaje clínico del tratamiento integral de la obesidad es uno de los desafíos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud, pues como bien menciona Díaz-Villaseñor (2011), el tratamiento médico ha funcionado sólo como una medida paliativa a las múltiples complicaciones de salud física originadas por el exceso de peso.

En cuanto a la intervención psicológica en casos de obesidad, son varias las investigaciones que demuestran la efectividad del enfoque cognitivo conductual en la modificación de hábitos, estilos de vida y la adquisición de habilidades que le permitan alcanzar un peso más saludable (Garaulet, 2006; Wadden et. al., 2005). Con el paso de los años, este enfoque ha incorporado las TICs a sus intervenciones; sin embargo, a pesar de la existencia de un sinnúmero

de investigaciones realizadas dentro de este campo, aún no existe un consenso sobre cuáles son las mejores intervenciones y prácticas éticas de la ciberpsicología, colocando a cualquier psicólogo que la practique en riesgos éticos y legales (Kenneth, 2009).

Es entonces que ante la carencia de personal experto en brindar atención psicológica vía Internet a personas con obesidad, surge la necesidad de crear documentos que ayuden a psicólogos, entrenados o no en el área, en la toma de decisiones clínicas; garantizando así la prestación de servicios sanitarios de calidad que beneficien directamente al paciente.

En esta línea, los Sistemas de Salud no sólo han incorporado la manualización de sus programas de prevención, tratamiento y rehabilitación; sino que también se han convertido en un generador de guías y protocolos o en administradores de los mismos (Daset & Cracco, 2013). En el caso de México, se ha establecido un compromiso nacional entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo e instrumentación de GPC a través de un programa de acción que busca garantizar la calidad de la información y la viabilidad de los documentos desarrollados. Este programa es coordinado y regido por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud Federal (Elías, 2009); a pesar de ello, Constantino et. al. (2009) considera que tanto en instituciones públicas como privadas de México hay un número insuficiente de GPC y las que existen tienen diferencias substanciales en su metodología de elaboración, calidad y contenido.

Al revisar el catálogo maestro de GPC que el CENETEC pone a disposición de los profesionales de la salud a través de su página de Internet, se encontraron dos guías para el tratamiento de la obesidad en adultos: “Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena en el adulto” y “Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida”, donde un alto porcentaje de sus recomendaciones giran en torno a cuestiones médicas y de las pocas que



hacen referencia a aspectos psicológicos, ninguna toma en cuenta la incorporación de la Internet a la práctica clínica.

Bajo este contexto, la presente investigación pretende culminar con la elaboración de una Guía de Práctica Clínica Psicológica basada en la mejor evidencia científica disponible que contemple los elementos necesarios para brindar una atención psicológica vía Internet de calidad a personas adultas con obesidad, esperando contribuir a largo plazo tanto en la reducción de costos de la atención sanitaria relacionada a las complicaciones médicas y psicológicas asociadas a la obesidad, como en la regulación de la sub y sobre utilización de los recursos y tecnologías disponibles en el sector salud. Mientras que a corto plazo, se espera favorecer la creación de programas educativos capaces de formar expertos en esta área del conocimiento.

# **CAPÍTULO V.**

## **MÉTODO**

### **5.1 Objetivos**

#### **5.1.1 Objetivo General**

- Elaborar una Guía de Práctica Clínica Psicológica (GPCP) basada en evidencia para la atención psicoterapéutica cognitivo conductual vía internet de mujeres y hombres adultos con un Índice de Masa Corporal de obesidad, la cual incluya información sobre los factores psicológicos asociados y su tratamiento eficaz vía internet.

#### **5.1.2 Objetivos particulares**

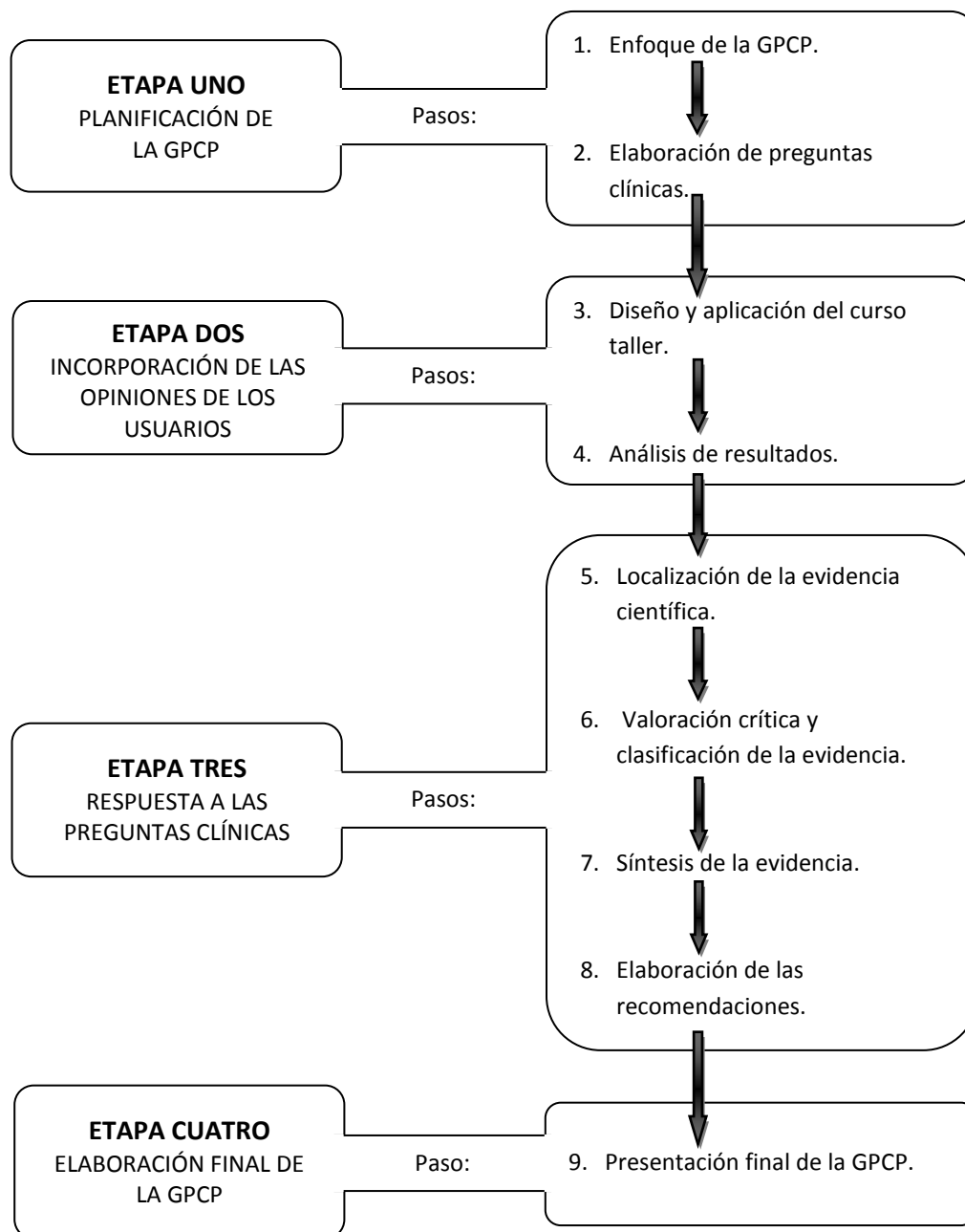
- Elaborar una propuesta de atención psicoterapéutica vía internet para mujeres y hombres con un IMC de obesidad.
- Identificar las variables asociadas al mantenimiento de la condición corporal de obesidad bajo el modelo ERIC-PSIC.
- Identificar las estrategias cognitivo conductuales aplicadas eficazmente vía Internet para el tratamiento de la condición corporal de obesidad.

#### **5.1.3 Objetivos específicos**

- Elaborar una GPCP basada en evidencia para brindar atención psicoterapéutica vía Internet a personas adultas con obesidad durante las fases de evaluación, tratamiento y seguimiento.
- Proponer contenidos y recomendaciones para la GPCP de tipo básico o elemental (informativo), mediano (de análisis y aplicación) y específico (de acuerdo con las modalidades de emoción, cognición, conducta y trastornos psicológicos).
- Proporcionar herramientas teórico-metodológicas para mejorar la calidad de la atención psicológica vía internet de la obesidad.

## 5.2 Procedimiento

La elaboración de la GPCP se llevó a cabo en las cuatro etapas representadas en la *Figura 9*.



**Figura 9.** Proceso de elaboración de la GPCP propuesto por Téllez-Silva & Guillén-Riébeling.

### **5.2.1 Planificación de la GPCP**

Durante esta primera etapa los pasos que se siguieron fueron:

- Enfoque de la GPCP.

Con el propósito de definir la estructura dentro de la cual se conduciría el desarrollo de la guía se elaboró el documento llamado “*Enfoque de la GPCP. Alcances y limitaciones.*”, que contenía la descripción de los aspectos de atención y cuidados que cubriría la GPCP; la población incluida y excluida; el modelo y nivel de atención sanitaria; criterios de inclusión y exclusión de las intervenciones.

- Elaboración de preguntas clínicas.

Una vez establecidos los alcances y limitaciones se redactaron las preguntas clínicas relevantes que se incluirían en la GPCP. En el caso de preguntas enfocadas al diagnóstico, daño, pronóstico y tratamiento se utilizó el formato PICO mostrado en la *Tabla 20*.

**Tabla 20.**

Estructura de la pregunta PICO

<b>P</b>	Paciente	Describe aquellas características del paciente / población / problema en cuestión que puedan ayudar a delimitar adecuadamente la búsqueda de información. Ejemplo: edad, sexo, estadio de la enfermedad, comorbilidad.
<b>I</b>	Intervención	Especifica la intervención objeto de estudio. Ejemplo: factor pronóstico, agente etiológico, prueba diagnóstica, tratamiento.
<b>C</b>	Comparación	Especifica la alternativa a la intervención objeto de estudio. No siempre se dispone de este elemento. Ejemplo: Tratamiento habitual, placebo, ausencia de un factor de riesgo o etiológico.
<b>O</b>	Resultados	Describe las variables de resultados clínicamente importantes en el caso de estudios sobre eficacia, pronóstico o etiología y estimadores de rendimiento o validez diagnóstica. Ejemplo: Sensibilidad, especificidad, coeficientes de probabilidad, valores predictivos.

### **5.2.2 Incorporación de las opiniones de los usuarios**

Durante esta segunda etapa, los pasos que se siguieron fueron:

- **Diseño y aplicación del curso-taller.**

Se elaboró un curso-taller dirigido a usuarios potenciales de la GPCP para proporcionarles las herramientas teórico-metodológicas necesarias que les permitieran valorar la propuesta general de la GPCP y proporcionar retroalimentación sobre la misma.

Se aplicó el curso-taller a un grupo de 18 psicólogos clínicos con experiencia en el tema de Obesidad y al finalizar las sesiones se le entregó a cada participante una copia del documento “Enfoque de la GPCP. Alcances y limitaciones.”, así como del listado de las preguntas clínicas que se incluirían en la guía, con el objetivo de que aportaran sus comentarios y sugerencias.

- **Análisis de resultados.**

Enseguida se analizó la pertinencia de cada una de las aportaciones y se hicieron las modificaciones correspondientes a la propuesta general, asegurando así que los contenidos de la GPCP reflejaran las preferencias, necesidades y preocupaciones que los psicólogos pudieran tener al momento de brindar atención psicoterapéutica vía Internet a personas adultas con obesidad.

### **5.2.3 Respuesta a las preguntas clínicas**

Las diferentes opciones de respuesta a las preguntas clínicas se obtuvieron repitiendo los siguientes pasos para cada una ellas:

- **Localización de evidencia científica.**

Los *términos de búsqueda* empleados estuvieron determinados por los conceptos clave que cada pregunta contenía.

Los *criterios de inclusión* también fueron determinados por las características de cada pregunta; mientras que los *criterios generales de exclusión* establecidos fueron:

- Estudios con diseños poco adecuados si hay documentos de mejor calidad siguiendo las recomendaciones OCEBM.
- Material comercial.
- Folletos divulgativos.
- Artículos, comentarios y editoriales que interpretaban los resultados de lo publicado.
- Experiencias individuales salvo que formaran parte de un estudio bien diseñado.
- Publicación anterior al año 2000.

La *estrategia de búsqueda* consistió en la introducción de los términos clave en idioma español e inglés, en la base de datos EBSCO y después en los buscadores Google y Yahoo; en cuyo último caso se agregó un criterio de exclusión más: artículos cuya recuperación completa solicitara el pago del servicio.

Toda la evidencia localizada que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión establecidos fue almacenada para su posterior análisis.

- Valoración crítica y clasificación de la evidencia.

El análisis de los documentos almacenados en el paso anterior comenzó con la priorización de los diseños metodológicos más adecuados para el tipo de pregunta clínica a responder (prevención, tratamiento, etiología, daño, pronóstico, diagnóstico o prevalencia). La decisión se tomó apoyándose en la propuesta OCEBM expuesta en el capítulo anterior.

Para la lectura crítica de los documentos se diseñó el formato "*Criterios considerados para el análisis de la evidencia*" mostrado en el *Anexo 1*, el cual se cumplimentó para cada uno de los documentos. En el caso de que se trataran de revisiones sistemáticas, estudios de tratamiento, de pronóstico o de exactitud diagnóstica también se llenaron las plantillas mostradas en los *Anexos 2, 3, 4 y 5* respectivamente.

La siguiente actividad consistió en la clasificación de la evidencia de acuerdo a los niveles de la OCEBM presentados en la *Tabla 16*.

- Síntesis de la evidencia.

Una vez completada la evaluación de la calidad de la evidencia científica disponible para responder cada pregunta clínica, se seleccionaron sólo aquellos estudios cuyo riesgo de sesgo se consideró bajo o moderado y de sus plantillas de lectura crítica se extrajo el contenido relevante en una tabla de evidencia, la cual incluyó los siguientes apartados:

- Autor, año y país de la publicación.
- Diseño, calidad metodológica y duración del estudio.
- Objetivo de la investigación.
- Características de la población.
- Variables.
- Resumen de resultados principales.

- Elaboración de las recomendaciones.

Para facilitar el proceso de elaboración se diseñó el formato “*Criterios para la elaboración y jerarquización de las recomendaciones*” mostrado en el *Anexo 6*, el cual se cumplimentó con base en las tablas de evidencia para cada pregunta clínica.

La jerarquización de las recomendaciones se llevó a cabo siguiendo los criterios de la OCEBM presentados en la *Tabla 17*.

#### **5.2.4 Elaboración final de la GPCP**

La versión final de la GPCP se estructuró en un total de tres capítulos: evaluación-diagnóstico, tratamiento y seguimiento; donde se dio respuesta a las preguntas clínicas que conformaron el listado final, colocando las recomendaciones en orden ascendente de acuerdo a la categoría a la que pertenecían (A, B, C o D).

## 5.3 Resultados

### 5.3.1 Descripción general de la GPCP

Los resultados de la etapa 1 y 2 respecto a los lineamientos que rigieron el proceso de construcción de la GPCP se resumen en la *Tabla 21*.

**Tabla 21.**

Enfoque de la GPCP. Alcances y limitaciones.

<b>Objetivo general de la GPCP</b>		Orientar la práctica clínica psicológica vía Internet a través del desarrollo de contenidos y series de recomendaciones jerarquizadas según su nivel de evidencia y grado de recomendación para la atención psicoterapéutica vía Internet de los factores psicológicos asociados al mantenimiento de la obesidad durante las fases de evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
<b>Usuarios potenciales</b>		Psicólogos clínicos cognitivo-conductuales.
<b>Población blanco</b>	<b>Criterios de inclusión</b>	Hombres y mujeres con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos 18 años de edad.</li> <li>• Tener un IMC que indique la presencia de obesidad.</li> <li>• Contar con conocimientos sobre el uso de las herramientas de comunicación que ofrece la Internet.</li> <li>• Tener una cuenta de correo electrónico.</li> <li>• Saber leer y escribir.</li> <li>• Capacidad para seguir instrucciones.</li> <li>• Requerir o solicitar terapia de autocuidado vía Internet.</li> </ul>
	<b>Criterios de exclusión</b>	Hombres y mujeres con al menos una de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad menor a 18 años.</li> <li>• Ser analfabeta.</li> <li>• No tener un IMC que indique la presencia de obesidad.</li> <li>• No contar con conocimientos básicos sobre el uso de las herramientas de comunicación que ofrece la Internet.</li> <li>• No contar con cuenta de correo electrónico.</li> <li>• Incapacidad para seguir instrucciones.</li> </ul>
<b>Nivel de atención</b>		Segundo y tercer nivel de atención.
<b>Fases del proceso asistencial incluidos en la GPCP</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluación y diagnóstico:</b> Detección de los factores psicológicos asociados al mantenimiento de la obesidad bajo el modelo ERIC-PSIC.</li> <li>• <b>Tratamiento:</b> Diseño del tratamiento vía Internet basándose en los resultados de cada una de las 7 modalidades del ERIC-PSIC, influyendo directamente en las áreas de imágenes, cogniciones, conducta y emociones.</li> <li>• <b>Seguimiento:</b> Implementación de estrategias vía Internet para la prevención y manejo de recaídas.</li> </ul>



El listado de preguntas clínicas incluidas en la GPCP y su distribución respecto a la fase del proceso psicoterapéutico a la que pertenecían se muestra en la *Tabla 21*.

**Tabla 21.**

Preguntas clínicas incluidas en la GPCP.

Fase del proceso psicoterapéutico	Preguntas clínicas
I. Evaluación y diagnóstico.	<p>Cuando un paciente con obesidad decide someterse a intervención psicoterapéutica vía Internet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los criterios para considerarlo como “candidato viable” para someterse a esta modalidad de atención?</li> </ul> <p>En pacientes adultos diagnosticados con obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de emociones asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de relaciones interpersonales asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de conducta asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de personalidad asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de salud asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de imágenes asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores dentro de la modalidad de cognición asociados al mantenimiento de su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuál es la eficacia de las estrategias de evaluación psicológica vía Internet en comparación con aquellas que implican contacto cara a cara en la realización de una completa y adecuada evaluación de los factores psicológicos asociados a su condición corporal?</li> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de evaluación psicológica vía Internet recomendadas para llevar a cabo una completa y adecuada evaluación de los factores psicológicos asociados a su condición corporal?</li> </ul> <p>Durante la interacción terapeuta-paciente en línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo afecta el empleo de la Internet como canal de comunicación al desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica eficaz?</li> </ul>

**Tabla 21 (Continuación).**

Preguntas clínicas incluidas en la GPCP.

Fase del proceso psicoterapéutico	Preguntas clínicas
II. Tratamiento.	<p>En pacientes adultos con obesidad que se encuentran en tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al abandono temprano del tratamiento?</li> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica vía Internet recomendadas para prevenir el abandono temprano del tratamiento?</li> <li>• ¿Cómo afecta el empleo de la Internet como canal de comunicación al desarrollo y mantenimiento de una adherencia terapéutica eficaz?</li> </ul> <p>En pacientes adultos con factores en el área emocional asociados a su obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica vía Internet eficaces para su modificación y/o eliminación?</li> </ul> <p>En pacientes adultos con factores en el área conductual asociados a su obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica vía Internet eficaces para su modificación y/o eliminación?</li> </ul> <p>En pacientes adultos con factores en el área de cogniciones asociados a su obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica vía Internet eficaces para su modificación y/o eliminación?</li> </ul> <p>En pacientes adultos con factores en el área de imágenes asociados a su obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica vía Internet eficaces para su modificación y/o eliminación?</li> </ul>
III. Seguimiento.	<p>En pacientes adultos con obesidad que terminaron exitosamente el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores psicológicos que aumentan la probabilidad de una ganancia de peso?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores psicológicos que aumentan la probabilidad del mantenimiento de la pérdida de peso lograda?</li> <li>• ¿Cuál es la eficacia de las estrategias de seguimiento vía Internet en comparación con aquellas que implican contacto cara a cara en el mantenimiento de los objetivos alcanzados durante el tratamiento?</li> <li>• ¿Cuáles son las estrategias de seguimiento vía Internet recomendadas para ayudarlos a mantener los objetivos alcanzados durante el tratamiento?</li> </ul>

### **5.3.2 En relación a evaluación y diagnóstico**

No se encontraron investigaciones que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión para emitir recomendaciones basadas en evidencia sobre:

- El perfil del “candidato viable” para someterse a terapia vía Internet.
- Eficacia de estrategias de evaluación psicológica vía Internet en comparación con aquellas que implican cara a cara.
- Estrategias recomendadas para llevar a cabo una adecuada y completa evaluación psicológica vía Internet.

La *Tabla 22* resume las características de los artículos que además de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, se consideró tenían riesgo bajo o moderado de sesgo. La *Tabla 23* sintetiza las recomendaciones emitidas a partir de dicha evidencia.

#### **Tabla 22.**

Características de la evidencia que sustenta las recomendaciones de la etapa de evaluación y diagnóstico.

<b>Tema</b>	<b>Calidad de la evidencia y número de estudios localizados</b>	<b>Procedencia</b>
Factores en el área emocional	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 2 estudios	Estados Unidos y Turquía
Factores en el área de relaciones interpersonales	Nivel 3 → 2 estudios	Estados Unidos
Factores en el área conductual	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 3 estudios	Australia, España, Estados Unidos e Italia
Factores en el área de personalidad	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 3 estudios	Estados Unidos, México y Suecia.
Factores en el área de salud	Nivel 1 → 3 estudios Nivel 3 → 4 estudios	Alemania, Australia, Bélgica, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Israel, Italia, México y Nueva Zelanda
Factores en el área de imágenes	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 6 estudios	Colombia, Estados Unidos, Italia y Turquía
Factores en el área de cognición	Nivel 1 → 2 estudios Nivel 2 → 1 estudio Nivel 3 → 5 estudios	Australia, Estados Unidos, Italia, México y Turquía
Empleo de la internet como canal de comunicación en el desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica eficaz	Nivel 4 → 1 estudio	Estados Unidos

**Tabla 23.**

Síntesis de recomendaciones: Evaluación y diagnóstico.

Tema	Recomendación	Grado de recomendación
Factores en el área emocional	Depresión	A
	Ansiedad	A
	Represión de emociones negativas	B
Factores en el área de relaciones interpersonales	Interacciones sociales destructivas	B
	Poco interés por participar en actividades sociales	B
Factores en el área conductual	Ayunos	A
	Episodios de atracones	A
	Síndrome del comedor nocturno	B
	“Picoteo” entre comidas	B
	Comer en secreto	B
	Ausencia de horarios fijos de comida	B
	Comer más de lo usual bajo presión, aburrimiento, decepción, tristeza o enojo.	B
Factores en el área de personalidad	Personalidad borderline	B
	Baja tolerancia a la frustración	B
	Comportamiento pasivo	B
	Inseguridad	B
	Poco interés por experimentar situaciones novedosas	B
	No toleran críticas	B
Factores en el área de salud	Enfermedades del sistema óseo, circulatorio, respiratorio, digestivo y reproductivo	A
	Alteraciones metabólicas	A
	Abuso de diuréticos y píldoras de dieta	A
	Consumo de más de 30 cigarros por día	A
	Hombres que intentan dejar de fumar	A
	Dieta alta en grasas y carbohidratos	A
	Uso de laxantes	B
	Sensación de tener “hambre insoportable”	B
	No resistir señales u olores que invitan a comer	B
Factores en el área de imágenes	Malestar por la propia imagen corporal	A
	Soñar despierto con su comida favorita	B

**Tabla 23 (Continuación).**

Síntesis de recomendaciones: Evaluación y diagnóstico.

Tema	Recomendación	Grado de recomendación
Factores en el área de imágenes	Sobrevaloración del ideal de delgadez	B
	Imágenes de fracaso	B
Factores en el área de cognición	Estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción	A
	En mujeres, preocupación por la ingesta de alimento y la forma de su cuerpo	A
	No perciben su condición corporal como un factor de riesgo para desarrollar enfermedades	A
	Preocupación por la sensación de saciedad	B
	Actitudes negativas hacia la comida	B
	Déficit de funciones ejecutivas	B
	Creencia de no tener control sobre su estado de salud	B
Empleo de la Internet como canal de comunicación en el desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica eficaz	La relación terapéutica no se ve afectada por el empleo de la Internet, mostrando resultados similares a los que se obtienen en sesiones cara a cara	C

**5.3.3 En relación al tratamiento**

No se encontraron investigaciones que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión para emitir recomendaciones basadas en evidencia sobre:

- Estrategias de intervención psicológica vía Internet recomendadas para prevenir el abandono temprano del tratamiento.
- La influencia del uso de la Internet como canal de comunicación en el desarrollo y mantenimiento de una adherencia terapéutica eficaz.
- Estrategias de intervención psicológicas vía Internet para modificar los factores emocionales asociados a la obesidad.

La *Tabla 24* resume las características de los artículos que además de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, se consideró tenían riesgo bajo o

moderado de sesgo. La *Tabla 25* sintetiza las recomendaciones emitidas a partir de dicha evidencia.

#### **Tabla 24.**

Características de la evidencia que sustenta las recomendaciones de la etapa de tratamiento.

<b>Tema</b>	<b>Calidad de la evidencia y número de estudios localizados</b>	<b>Procedencia</b>
Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento.	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 2 estudios	Australia e Italia
Estrategias de intervención vía Internet para factores asociados en el área de conducta.	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 2 estudios	Gran Bretaña y Estados Unidos
Estrategias de intervención vía Internet para factores asociados en el área de cogniciones.	Nivel 1 → 1 estudio	Gran Bretaña
Estrategias de intervención vía Internet para factores asociados en el área de imágenes.	Nivel 3 → 1 estudio	Italia

#### **Tabla 25.**

Síntesis de recomendaciones: Tratamiento.

<b>Tema</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Grado de recomendación</b>
Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento	Baja autoeficacia	A
	Escaso apoyo social	A
	Alta insatisfacción corporal	A
	Elevado número de intentos fallidos en el pasado para bajar de peso	A
	Bajo nivel de actividad física	A
	Pobre salud mental	A
	Dificultades financieras	A
	Problemas de distancia	A
	Tener un trabajo de tiempo completo	B
	Resultados insatisfactorios asociados a las expectativas de los pacientes	B
	Escasa motivación	B
	Confianza en la habilidad para perder peso sin ayuda profesional	B
	Sensación de haber sido abandonado por el terapeuta	B
	Mala relación con los profesionales tratantes	B

### Tabla 25 (Continuación).

Síntesis de recomendaciones: Evaluación y diagnóstico. (Continuación)

Tema	Recomendación	Grado de recomendación
Estrategias de intervención vía Internet para factores asociados en el área de conducta y cogniciones	Proporcionar a través de chat y correo electrónico, consejos de dieta, actividad física y modificación de conducta bajo un esquema de autoayuda.	A
Estrategias de intervención vía Internet para factores asociados en el área de imágenes	Realidad virtual	B

#### 5.3.4 En relación al seguimiento

La *Tabla 26* resume las características de los artículos que además de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, se consideró tenían riesgo bajo o moderado de sesgo. La *Tabla 27* sintetiza las recomendaciones emitidas a partir de dicha evidencia.

#### **Tabla 26.**

Características de la evidencia que sustenta las recomendaciones de la etapa de seguimiento.

Tema	Calidad de la evidencia y número de estudios localizados	Procedencia
Factores que aumentan la probabilidad de una ganancia de peso.	Nivel 3 → 2 estudios	Estados Unidos
Factores que aumentan la probabilidad de mantenimiento del peso.	Nivel 3 → 3 estudios	Australia, Estados Unidos
Eficacia de las estrategias de seguimiento vía Internet en comparación con aquellas que implican contacto cara a cara.	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 2 → 1 estudio	Estados Unidos, Gran Bretaña
Estrategias de seguimiento vía Internet para el mantenimiento de los objetivos alcanzados durante el tratamiento.	Nivel 1 → 1 estudio Nivel 3 → 1 estudio	Australia, Gran Bretaña

**Tabla 27.****Síntesis de recomendaciones: Seguimiento.**

<b>Tema</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Grado de recomendación</b>
Factores que aumentan la probabilidad de ganancia de peso	Percibir barreras hacia el consumo de comida saludable y realizar ejercicio	B
	Escasas habilidades de autocontrol	B
	Búsqueda constante por participar en nuevas experiencias	B
Factores que aumentan la probabilidad de mantenimiento del peso	Bajo nivel de esfuerzo percibido para mantener a largo plazo una dieta saludable y realizar ejercicio físico.	B
Eficacia de las estrategias de seguimiento vía Internet en comparación con aquellas que implican contacto cara a cara.	Las estrategias de seguimiento basadas en Internet no han demostrado ser más efectivas que aquellas donde existe contacto cara a cara. Aún así, más del 40% de pacientes que son monitoreados a través del Internet logran mantener la pérdida de peso.	B
Estrategias de seguimiento vía Internet para el mantenimiento de los objetivos alcanzados durante el tratamiento	Proporcionar a través de correo electrónico apoyo dietético personalizado y consejos para el mantenimiento de los logros obtenidos durante el tratamiento.	B
	Sesiones grupales de seguimiento moderadas por el terapeuta a través de chat.	B



## **CAPÍTULO VI.**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Tanto a nivel nacional como internacional existen GPC encaminadas a brindar atención sanitaria de calidad a mujeres y hombres adultos diagnosticados con obesidad; sin embargo, se observó que ninguna de ellas incluye recomendaciones desde una perspectiva psicológica a los procesos de evaluación, tratamiento y seguimiento de los factores psicológicos asociados a dicha condición corporal.

Dichas guías tampoco abordan la incorporación de la Internet como una modalidad viable de intervención psicológica para combatir los factores asociados al mantenimiento de la misma. De tal manera que la GPCP resultado de la presente investigación constituye una aportación valiosa al campo de la ciberpsicología aplicada a la intervención en obesidad dentro del campo clínico y de la salud.

El proceso de construcción de la GPCP, específicamente en lo que respecta a las actividades encaminadas a la localización, valoración crítica y clasificación de la evidencia corroboraron el hallazgo de Vera-Villarreal (2004) mostrando que la cantidad de información disponible proveniente de investigaciones aplicadas, de calidad suficiente para el desarrollo de guías psicológicas basadas en evidencia científica, es mínima en comparación con la abundante producción de investigaciones teóricas. Aunado a ello, de las investigaciones centradas en la comprobación empírica de la eficacia de la terapia vía Internet, sólo una pequeña porción cumplió con los criterios necesarios de la OCEBM para ser considerados como válidos, lo cual resalta la importancia de promover el diseño y aplicación de protocolos de investigación encaminados a evaluar la efectividad de todas aquellas propuestas psicoterapéuticas que hasta el momento se han quedado sólo a nivel teórico.

Dentro de las recomendaciones prácticas que surgen como resultado de esta tesis, destaca la necesidad de crear las condiciones necesarias dentro del sistema de salud que faciliten la aceptación, adopción e implementación de la evidencia incluida en la GPCP, pues como afirman Bonfill & Marzo (2003), la sola existencia de una guía no es suficiente para modificar la práctica clínica existente, ni tampoco asegura su correcta difusión; o de que a pesar de que el psicólogo conozca el contenido de la misma no siga las recomendaciones, ya sea por la ausencia de bases teóricas suficientes, desconocimiento de técnicas y estrategias o por prejuicios asociados a esta nueva modalidad de intervención.

Finalmente, de la investigación se concluye que:

- Al no contar con evidencia empírica, el uso de la Internet para llevar a cabo la evaluación y diagnóstico del paciente con obesidad debe realizarse bajo estrictas medidas de control.
- La incorporación de la Internet a las fases de tratamiento y seguimiento es una alternativa válida que genera resultados favorables en la modificación de los factores asociados a la obesidad y mantenimiento de los logros alcanzados durante el tratamiento.
- Es necesario fomentar la creación de programas educativos capaces de proporcionar conocimientos y habilidades en el campo de la ciberpsicología a los psicólogos interesados en brindar atención psicoterapéutica de calidad a mujeres y hombres adultos con obesidad.

## REFERENCIAS

- Abbot, J., Klein, B. & Ciechomski, L. (2008) Best practices in Online Therapy. *Journal of Technology in Human Services*. 26(1),360-375.
- Aguirre, A. (2008) ¿Cuánto nos cuesta la obesidad?. Disponible en: <http://www.contenido.com.mx> el 19 de marzo de 2012.
- Aguirre, M. (2004) Ciberespacio y comunicación: nuevas formas de vertebración social en el siglo XXI. *Revista de estudios literarios*. 1(27). Disponible en <https://pendientedemigracion.ucm.es/info/especulo/numero27/cibercom.html> el 24 de agosto de 2013.
- Albala, C., Díaz, J. & Arroyo, P. (2000) Evaluación de la obesidad en el adulto en: Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (2000) Obesidad: un desafío pendiente. Chile: Editorial Universitaria.
- Aldana, E. & Gómez, M. (2007) Criterios para la elaboración de las guías de intervención psicológica. *Perinatología y reproducción humana*. 21(1),11-21.
- Álvarez, I. (2011) El ciberespañol: características del español usado en Internet. En: Ortíz-López, L. (2011) Selected proceedings of the 13th hispanic linguistics symposium. Estados Unidos: Cascadilla Proceedings Projects.
- Andersson, G. (2010) The promise and pitfalls of the internet for cognitive behavioral therapy. *BMC Medicine*. 8(1),82-86.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J. & Cuijpers, P. (2009) What makes internet therapy work?. *Cognitive behavior therapy*. 38(1),55-60.
- Anthony, K. & Merz, D. (2010) Therapy online, a practical guide. Gran Bretaña: SAGE Publications.

- Aristizábal, J., Restrepo, M. & Estrada, A. (2007) Evaluación de la composición corporal de adultos sanos por antropometría e impedancia bioeléctrica. *Biomédica*. 27(2),216-224.
- Ávila, A., Bueno, M., Cruz, S., Dolores, M., Jiménez, ., Maganto, C., Ortiz, P. & Rodríguez, S. (2007) Evaluación en psicología clínica. España : Amarú.
- Bados, A. & García, E. (2009) El proceso de evaluación y tratamiento. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona.
- Bandura, A. & Walters, R. (1974) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. México: Alianza Editorial.
- Bas, F. (1990) Las terapias cognitivo-conductuales: una revisión. *Estudios de psicología*. 1(7),92-109.
- Baulch, J.; Chester, A. & Brennan, L. (2008) Treatment alternatives for overweight & obesity: the role of online interventions. *Behaviour Change*. 25(1),1-14.
- Beck, J., Castonguay, L., Chronis, A., Klonsky, D., McGinn, L. & Youngstrom, E. (2013) Models for the graduate curricula in clinical psychology. Disponible en <http://www.div12.org/principles-for-training-in-evidence-based-psychology/> el 26 de enero de 2014.
- Becoña, E., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., Lage, M., Gutiérrez, M., Baamonde, G., Lorenzo, M., Suárez, S., González, N., Vázquez, M. & Míguez, M. (2004) Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del psicólogo*. 1(87),9-19.
- Beléndez, M. & Suriá, R. (2010) Apoyo a un <<click>> de ratón. Los foros de internet para problemas de salud. *Acción psicológica*. 7(1),17-29.
- Bermejo, A. (2001) Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. Disponible en

[http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1326/1/psiquiatricom\\_200153\\_6.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1326/1/psiquiatricom_200153_6.pdf) el 7 de marzo de 2012.

- Bernstein, D. & Nietzel, M. (1982) *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw Hill.
- Berral, F. & Rodríguez, E. (2007) Impedancia bioeléctrica y su aplicación en el ámbito hospitalario. *Revista del Hospital Juárez de México*. 74(2),104-112.
- Berrio, G. & Hernández, P. (2003) Tratamientos con apoyo empírico en psicología de la salud. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*. 3(2),7-26.
- Bersh, S. (2006) La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*. 35(4),537-546.
- Bonfill, X. & Marzo, M. (2003) Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Medicina clínica*. 120(13):,496-497.
- Botella, C. (2009) *Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia*. España: Servicio de Comunicación y Publicaciones de la Universitat Jaume I.
- Botella, C., Baños, R., García, A., Quero, S., Guillén, V. & Marco, H. (2006) La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*. 1(4),32-41.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. & García, A. (2009) Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Armario de psicología*. 40(1),155-170.
- Buela, G. & Sierra, J. (2002) Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2(3),525-532.
- Caballo, V. (1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI editores.
- Calero, F. (2005) *Abordaje de la obesidad en y desde la educación*. México: Ediciones Alcalá.

- Cárdenas, G., Vite, A. & Villanueva, L. (2007) Ambientes virtuales para la educación y la rehabilitación psicológica. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cardoso, G. (2010) Los medios de comunicación en la sociedad en Red: filtros, escaparates y noticias. España: UOC
- Castelnuovo, G. (2008) New technological settings of communication to improve the traditional techniques in clinical psychology and psychotherapy. *The open communication journal*. 2(1),86-92.
- Center for Substance Abuse Treatment (2009) Considerations for the provision of E-Therapy. Disponible en [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov) el 26 de agosto de 2013.
- Chávez, H. (2012) Aumenta carga financiera para atender obesidad en México. *El Financiero*, 24-25.
- Childress, C. & Asamen, J. (1998) The emerging relationship of psychology and the Internet: proposes guidelines for conducting Internet intervention research. *Ethics & behavior*. 8(1),19-35.
- Christensen, H. & Griffiths, K, (2003) The Internet and mental health practice. *EBMH Notebook*. 6(1),66-69.
- Clinton, B., Silverman, B. & Brendel, D. (2010) Patient targeted googling: the ethics of searching online for patient information. *Harvard Review of Psychiatry*. 18(2),103-112.
- Constantino, P., Viniegra, A., Medécigo, C., Torres, L. & Valenzuela, A. (2009) El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47(1),103-108.
- Cordella, P. (2008) ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista chilena de nutrición*. 35(3),181-187.

- Cuijpers, P., van Straten, A. & Andersson, G. (2008) Internet-administered cognitive behaviour therapy for health problems: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*. 31(2),169-77.
- Danesi, M. (2009) Dictionary of media and communications. Estados Unidos: M.E. Sharpe.
- Daset, L. & Cracco, C. (2013) Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias psicológicas*. 7(2),209-220.
- Delbono, M. & Chaftare, Y. (2009) Criterios de intervención terapéutica. En: Delbono, M., Chaftare, Y., Pérez, L., Pisabarro, R., Nigro, S., Irrazábal, E. & Bermúdez, C. (2009) Manual práctico de obesidad en el adulto: atención primaria. Uruguay: Comisión Honoraria para la salud cardiovascular.
- Delbono, M. & Pérez, L. (2009) Tratamiento nutricional. En: Delbono, M., Chaftare, Y., Pérez, L., Pisabarro, R., Nigro, S., Irrazábal, E. & Bermúdez, C. (2009) Manual práctico de obesidad en el adulto: atención primaria. Uruguay: Comisión Honoraria para la salud cardiovascular.
- Díaz-Villaseñor, A. (2011) La obesidad en México. Este país, 61-64.
- Dommarco, J. & Gutiérrez, J. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> el 24 de octubre de 2013.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. & Polo-López, R. (2010) Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 19(3),247-256.
- Echevarría, S. (2009) Las guías de práctica clínica y la eficiencia de la atención a la salud. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47(1),1-3.

- Elías, J. (2009) Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Cirugía y cirujanos*. 77(2),87-88.
- Escobar, C. & Aguilar, R. (2002) Alertamiento e ingestión de alimentos. En: Hernández, M. (2002) Motivación animal y humana. México: Manual Moderno.
- Escobar, L. & Espinosa, J. (2000) Regulación de la ingesta y control de apetito en: Moreno, B., Monereo, S. & Álvarez, J. (2000) Obesidad, la epidemia del siglo XXI. Madrid: Díaz Santos.
- Etchevers, M., González, M. & Simkin, H. (2012) Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*. 19(1),225-232.
- Flores, J. (2010) La comunicación humana. Facultad de ingeniería: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Disponible en <http://ingenieria.uaslp.mx/web2010/Estudiantes/apuntes/HUMANIDADES%20B.pdf> el 18 de julio de 2013.
- Frías, M. & Llobell, J. (2003) Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*. 24(85),11-18.
- Fuente, B. (2003) La comunicación por computadora y su relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje. Disponible en [uva.anahuac.mx/content/site/contenido/0a11\\_notas\\_03.htm](http://uva.anahuac.mx/content/site/contenido/0a11_notas_03.htm) el 18 de julio de 2013.
- Gaete, B. & Herrera, C. (2010) Actitud hacia la práctica basada en la evidencia (PBE) en psicólogos clínicos de los centros comunitarios de salud mental (COSAM) de la provincia de Santiago. Memoria para optar por el título de psicóloga. Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Gallego, M. (2006) Un estudio controlado que compara un tratamiento autoadministrado vía internet para el miedo a hablar en público vs. el mismo



tratamiento administrado por el terapeuta. Tesis de doctorado. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I, España.

Garaulet, A. (2006) La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. *Revista Española de Obesidad*. 4(4),205-220.

García, A. & Rodríguez, C. (2005) Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 25(96),29-36.

García, E., De la Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velázquez, D., Rosas, M., Barriguete, A., Zacarías, R. & Sotelo, J. (2008) La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Acta Pediátrica de México*. 29(4),227-246.

García, F. & Ortega, R. (2005) Obesidad. Disponible en <http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-2/habitos/Capitulo0203.pdf> el 14 de abril de 2012.

García, M. (2004) La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo conductual. V Jornada científica de la asociación de psicoterapeutas Laureano Cuesta. Obtenido en <http://psicologoslaureanocuesta.org/articulos/pstcogc.pdf> el 19 de marzo de 2013.

Girolami, D. (2003) Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. Argentina: El ateneo.

Goldfried, M. (1992) Evaluación conductual. En: Weiner, I. (1992) Métodos en psicología clínica. México: Limusa

Greist, J. (2008) Un comienzo comprometedor para las terapias computarizadas. *American Journal of Psychiatry*. 11(9),18-20.

- Griffiths, M. & Cooper, G. (2003) Online Therapy: Implications for problem gamblers and clinicians. *British journal of guidance and counselling*. 31(1),113-135.
- Gross, R. (2004) Psicología: la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno.
- Grupo de trabajo sobre niveles de evidencia del OCEBM. (2011) Niveles de evidencia 2011 de Oxford. Disponible en <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1521.pdf> el 26 de septiembre de 2013.
- Guillén-Riebeling, R. (2001) Nuevas dimensiones en obesidad. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guillén-Riebeling, R. (2007) Manual de Evaluación Multimodal ERIC-PSIC. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Hernández, E. & Gómez, B. (2007) Una aproximación a la intervención en salud en la RED. *UOC Papers revista sobre la sociedad del conocimiento*. 1(4),1-5.
- Hernández, N. & Sánchez, J. (2007) Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud. México: Libros en Red.
- Hernández, P., Flores, A., Rocha, A., Félix, F., Salazar, D., Urzúa, P., Torres, Y., Mendoza, G., Ramírez, M., Fajardo, N., Díaz, M., Ponce, J., Díaz, C., De la Cerda, L., Ruiz, A., Salazar, M., Cabrera, C., Nava, A., González, L. & Gámez, J. (2012) Composición corporal en mujeres derechohabientes del IMSS que acuden al Servicio de Densitometría. *El residente*. 7(1),6-15.
- Higashida, B. (2005) Educación para la salud. México: McGraw Hill
- Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, O., Greenhalgh, T., Heneghan, C., Liberati, A., Moschetti, I., Phillips, B. & Thornton, H. (2011) Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence

- (Background document). Disponible en <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653> el 26 de septiembre de 2013.
- Ibáñez, C. (2008) Evaluación psicológica, lecciones introductorias. España: Universidad del País Vasco.
- Jarne, A. (2002) La psicología de Internet y la psicología en Internet. Regulación deontológica y ética de la intervención psicológica a través de internet. *Psicología em Revista, Belo Horizonte*. 8(1),11-13.
- Kanfer, F. & Phillips, J. (1980) Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. México: Trillas.
- Kauffer, M. & Toussaint, G. (2008) Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086i.pdf> el 7 de abril de 2013.
- Kauffer, M., Tavano, L. & Ávila, H. (2001) Obesidad en el adulto. En: Casanueva, E., Kauffer, M., Pérez, A. & Arroyo, P. (2001) Nutriología médica. México: Médica Panamericana.
- Kenneth, P. (2009) Psychology needs clear telepsychology guidelines. Disponible en: [http://www.dr-charlton.com/Telepsychology\\_Guidelines.pdf](http://www.dr-charlton.com/Telepsychology_Guidelines.pdf) el 24 de agosto de 2013.
- Kennett, C. (2003) El impacto de internet en los medios de comunicación y la industria del deporte. España: Centre des Estudios Olímpics.
- Kertesz, R. (2006) El enfoque multimodal y las escuelas de psicoterapia. *Revista de Investigación en Psicología*. 8(2),113-127.
- Kiss, D. & Castro, E. (2004) Comunicación interpersonal en internet. *Convergencia, revista de ciencias sociales*. 11(36),227-301.

- Kleinke, C. (2002) Principios comunes en psicoterapia. España: Desclée de Brouwer.
- Kuhn, T. (1992) La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de cultura económica.
- Lafuente, M. (2011) Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 14(1),1490-1504.
- Langas, E. (2005) Online relating: conceptualising the therapeutic relationship via e-therapy. Disponible en <http://www.abouttherapy.com.au/resources/eleni-aps-conf-paper.pdf> el 18 de febrero de 2014.
- Lazarus, A. (1997) El enfoque multimodal, una psicoterapia breve pero completa. España: Desclée de Brouwer.
- Lema, S. (2000) ¿Cómo nos comunicamos los seres humanos? Recopilación. Cátedra de educación y comunicación alimentario nutricional. Universidad Nacional de Entre Ríos, UNER. Disponible en [http://www.fmed.uba.ar/depto/edunutri/anexo\\_bibliografico2.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/edunutri/anexo_bibliografico2.pdf) el 18 de julio de 2013.
- Llobell, J., Frías, M. & Monterde i Bort, H. (2004) Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*. 25(87),1-8.
- Long, B. & Baecker, R. (1997) A taxonomy of Internet communication tools. Disponible en <http://www.dgp.toronto.edu/people/byron/webnet/Taxonomy.html> el 7 de junio de 2014.
- López, J. & Garcés, E. (2012) Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de psicología del deporte*. 12(1),139-141.

- López, J. (2013) Síndrome de Edorexia: Definición y análisis de variables psicosociales asociadas. Tesis de licenciatura. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos: Universidad de Murcia.
- Maldonado, A. (1984) Un modelo de terapia cognitiva desde la perspectiva de la psicología del aprendizaje. *Anuario de psicología clínica*. 1(31),75-95.
- Manterola, C. & Zavando, D. (2009) Cómo interpretar los “niveles de evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista chilena de cirugía*. 61(6),582-595.
- Marcano, Y., Torcat, J., Ayala, L., Verdi, B., Luiret, C., Maldonado, M. & Vegas, J. (2006) Funciones endócrinas del tejido adiposo. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. 4(1),15-21.
- Marin, A. (2006) Las tecnologías de la información y la comunicación: cambios al modelo de comunicación. *Hologramática*. 6(4),15-33.
- Martínez, M., Paz, M. & Franch, M. (2006) Valoración de estado nutricional del obeso: estimación de la masa grasa. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 46,275-291.
- Martínez, Y., Cook, N. & López, Y. (2009) La ciberpsicología. Influencias de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en la psicología. Disponible en <http://innovaciontec.idict.cu/index.php/innovacion/article/viewFile/72/68> el 7 de marzo de 2012.
- Mata, J. (2010) Las nuevas vías de desarrollo del positivismo en psicología: el manifiesto conductista (1913) y sus continuadores. Disponible en <http://www.joseluisdelamata.com/IZARGAIN-textos/EI%20Manifiesto%20Conductista.pdf> el 19 de marzo de 2013.
- Medina-Gómez, G. & Vidal-Puig, A. (2009) Tejido adiposo como diana terapéutica en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*. 56(8),404-411.

- Menéndez, P. & Enríquez, E. (2014) Estudio sobre los hábitos de los usuarios de internet en México 2014. Asociación Mexicana de Internet. Disponible en [https://www.amipci.org.mx/estudios/habitos\\_de\\_internet/Estudio\\_Habitos\\_d\\_el\\_Internauta\\_Mexicano\\_2014\\_V\\_MD.pdf](https://www.amipci.org.mx/estudios/habitos_de_internet/Estudio_Habitos_d_el_Internauta_Mexicano_2014_V_MD.pdf) el 3 de agosto de 2014.
- Montalvo, C. (2010) Tejido adiposo. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales, J. (2010) Obesidad: un enfoque multidisciplinario. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Moreno, E., Monereo, S. & Álvarez, J. (2000) Obesidad, la epidemia del siglo XXI. Madrid: Díaz Santos.
- Moreno, L., Cano, F. & García, H. (1994) Epidemiología clínica. México: Interamericana McGraw Hill.
- Moreno, M. & Martínez, J. (2002) El tejido adiposo: órgano de almacenamiento y órgano secretor. *ANALES del sistema sanitario de Navarra*. 25(1),29-39.
- Moriana, J. & Martínez, V. (2011) La psicología basada en evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 16(2),81-100.
- Moro, M. (2007) ELIZA: cuarenta años de terapias virtuales. *Revista de historia de la psicología*. 28(2),67-76.
- Muñoz, G. (2010) ¿De los “nuevos medios” a las “hipermediaciones”? *Revista Latinoamericana de ciencias sociales en niñez y juventud*. 8(1),9-16.
- Navarro, D. (2011) Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Problemas, soluciones y metaperspectivas. *Clínica contemporánea*. 2(2),229-247.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial. Lunes 8 de diciembre de 2008. México: Secretaría de Salud. Disponible en [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010) el 14 de abril de 2012.

Oblitas, L. (2008) Psicoterapias contemporáneas. México: Cengage Learning.

Orihuela, J. (2002) Internet: nuevos paradigmas de la comunicación. *Revista Latinoamericana de comunicación*. 1(77),1390-1079.

Polanco, I. (1991) Nutrición profiláctica y terapéutica. Madrid: SANED

Pousada, M., Valiente, L. & Boixadós, M. (2007) Intervención en salud en la Red: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*. 1(4),68-71.

Primo, J. (2003) Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad inflamatoria intestinal al día*. 2(2),39-42.

Ramiro, M. & Saita, O. (2000) Obesidad. México: McGrawHill-Hill.

Ramos, N. (2002) Hambre, saciedad y apetito. Su repercusión en el estado nutricional de los individuos. *Nutrición clínica*. 5(4),296-308.

Reynolds, G. (1968) Compendio de condicionamiento operante. Estados Unidos: Universidad de California.

Rivera, C. & Bernal, G. (2008) La medición en el cambio psicoterapéutico: hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista puertorriqueña de psicología*. 19(1),223-244.

Rizo, M. (2004) Interacción y comunicación. Exploración teórico-conceptual del concepto de interacción. Disponible en [www.cibersociedad.net/congres2004/grups/fitxacom\\_publica2.php?grup=51&=es&id=249](http://www.cibersociedad.net/congres2004/grups/fitxacom_publica2.php?grup=51&=es&id=249) el 18 de febrero de 2014.

- Rochlen, A., Zack, J. & Speyer, C. (2004) Online therapy: review of relevant definitions, debates and current empirical support. *Journal of clinical psychology*. 60(3),269-283.
- Rodríguez, C., Barrio, V. & García, F. (2009) Jerarquización del conocimiento científico. El sistema GRADE. *Nefrología suplemento extraordinario*. 29(6),7-14.
- Rodríguez, S. (2007) Causalidad, historia natural de la enfermedad y planteamiento de hipótesis. En: VII curso de experto universitario en epidemiología y nuevas tecnologías aplicadas. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Disponible en <http://sameens.dia.uned.es/> el 14 de abril de 2013.
- Rosa, A. (2007) Resultados de la Intervención psicoterapéutica vía Internet para pacientes con trastorno de ansiedad. Informe profesional de servicio social. Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rosa, A., Olivares, J. & Méndez, F. (2004) Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ruíz, F. (2005) Claves para la comunicación: la intervención psicológica a través de internet. *Revista científica de comunicación y educación*. 24(1),188-191.
- Ruíz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Descleé de Brouwer.
- Salmerón, H. (2009) Algunas experiencias de brindar terapia por Internet. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4981/1/interpsiquis\\_2009\\_39360.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4981/1/interpsiquis_2009_39360.pdf) el 7 de marzo de 2012.
- Santacreu, J. (2011) Protocolo general de intervención clínica en psicología. Disponible en



[http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_general\\_intervencion\\_clinica.pdf](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf) el 6 de abril de 2013.

Santamarina, S., Escobar, J., Rodríguez, V., Tolentino, A., Barranco, J., Hurtado, G. & Jiménez, L. (2008) Aspectos psicológicos del hombre y su alimento: transitando del la naturaleza a la biotecnología en pro de la calidad de vida. Disponible en [http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/Li\\_ProcCogn/Jorge\\_Torres/14.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/Li_ProcCogn/Jorge_Torres/14.pdf) el 12 de septiembre de 2013.

Schunk, D. (1997) Teorías del aprendizaje. México: Pearson educación.

Segura, M., Sánchez, P. & Barbado, P. (1995) Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo. Análisis de casos y supuestos aplicados. España: Universidad de Granada.

Serrano, M. (2001) Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitiva conductual: ¿sincretismo?. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 4(1) Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825/21551> el 19 de marzo de 2013.

Silvestri, E. & Stavile, A. (2005) Aspectos psicológicos de la obesidad: importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Disponible en <http://www.nutrinform.com/pagina/info/ob03-02.pdf> el 6 de septiembre de 2013.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (2011) Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Disponible en <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Documento-Consenso-FESNAD-SEEDO-Oct2011.pdf> el 15 de mayo de 2013.

- Spring, B. (2007) Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters, what you need to know. *Journal of clinical psychology*. 63(7),611-631.
- Stevens, K. & Méndez, D. (2007) Nuevas herramientas para la psicología clínica: las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de neuropsicología*. 1(3),265-272.
- Suler, J. (1996) Cyberspace as psychological space. *John Suler's, the psychology of cyberspace*. Disponible en <http://www.rider.edu/suler/psycyber/psycyber.html> el 7 de marzo de 2012.
- Suler, J. (1996) The basic psychological features of cyberspace. John Suler's, the psuchology of cyberspace. Disponible en [truecenterpublishing.com/psycyber/psycyber.html](http://truecenterpublishing.com/psycyber/psycyber.html) el 7 de marzo de 2012.
- Suler, J. (2000) Psychotherapy in Cyberspace: a 5-dimensional model of online and computer mediated psychotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*. 3(2),151-159.
- Traver, V. & Fernández, L. (2011) El ePaciente y las redes sociales. España: Fundación Vodafone España. Disponible en [www.salud20.es](http://www.salud20.es) el 18 de febrero de 2014.
- Vaimberg, R. (2012) Bases de la psicoterapia e intervenciones online. *Intercanvis*. 28(1),63-79.
- Vargas, B. & Contreras, E. (2007) Terapia cognitivo conductual. En: García, M. (2007) Estrategias de evaluación e intervención en psicología. México: Porrúa.
- Vargas, J. (2006) Condicionamiento clásico Pavloviano: apuntes para un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología, A.C.
- Vázquez, C. & Nieto, M. (2003) Psicología clínica basada en la evidencia: una revisión conceptual y metodológica. En: Romero, J. (2003) Psicópolis:

paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea. Barcelona: Kairos.

Velásquez, G. (2006) Fundamentos de alimentación saludable. Colombia: Universidad de Antioquia.

Vera-Villaruel, P. (2004) Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit, revista de psicología*. 10(1),4-10.

Villar, E. (1991) Aprendizaje, motivación y conducta adaptativa: la búsqueda de empleo de los titulados superiores. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona.

Wadden, T., Crerand, C. & Brock, J. (2005) Tratamiento conductual en la obesidad. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*. 28(1),151-170.

Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2007) An introduction to cognitive behavior therapy: skills and applications. Gran Bretaña: SAGE Publications.

Yus, F. (2003) El papel del contexto en la comunicación por internet. Disponible en [www.academia.edu/download/30871000/comnet.pdf](http://www.academia.edu/download/30871000/comnet.pdf) el 18 de febrero de 2014.

Zárraga, J. (2005) Los medios de comunicación en internet. Disponible en [www.argo.es/medios/ponencia.html](http://www.argo.es/medios/ponencia.html) el 24 de agosto de 2013.

Zuluaga, D. (2012) La terapia cognitiva: una visión general. Disponible en [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista6/La%20terapiacognitiva.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista6/La%20terapiacognitiva.pdf) el 8 de diciembre de 2013.

## ANEXO 1

<b>Criterios considerados para el análisis de la evidencia</b>	
Referencia:	
Fase del proceso psicoterapéutico:	
Pregunta clínica a responder:	
Tipo de pregunta clínica:	
Descripción del estudio	
Objetivo del estudio:	
Población: <ul style="list-style-type: none"><li>A) Edad</li><li>B) Sexo</li><li>C) País</li><li>D) IMC</li><li>E) Número de participantes</li><li>F) Comorbilidad</li><li>G) Otras características relevantes</li></ul>	

<b>Metodología:</b> A) Diseño  B) Contexto de aplicación  C) Intervención  D) Comparadores  E) Medidas de resultado utilizadas  F) Duración del estudio  G) Procedimiento  H) Otros datos relevantes	
<b>Resultados</b>	
<b>Evaluación general del estudio</b>	
¿Los resultados del estudio son directamente aplicables a la población blanco de la GPCP?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
Valoración de la calidad metodológica del estudio (OCEBM)	<input type="checkbox"/> Nivel 1 <input type="checkbox"/> Nivel 2 <input type="checkbox"/> Nivel 3 <input type="checkbox"/> Nivel 4 <input type="checkbox"/> Nivel 5
<b>Comentarios:</b>	

## ANEXO 2

<b>Plantilla de lectura crítica: Revisiones sistemáticas<sup>11</sup>.</b>		
<b>Referencia:</b>		
<b>Fase del proceso psicoterapéutico:</b>	<b>Pregunta clínica a responder:</b>	
1.1	Los autores llevaron a cabo una búsqueda exhaustiva de la literatura.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.2	Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios están claramente definidos.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1.3	Los estudios incluidos y excluidos se encuentran listados.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1.4	Los estudios incluidos son suficientemente válidos para el tipo de pregunta.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.5	Los resultados de los diferentes estudios incluidos son homogéneos entre sí.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
<b>Comentarios:</b>		

<sup>11</sup> Adaptada del Centre for Evidence-Based Medicine (2011) Critical Appraisal Tools. Disponible en <http://www.cebm.net/critical-appraisal/> el 26 de septiembre de 2013.

## ANEXO 3

<b>Plantilla de lectura crítica: Estudios de tratamiento<sup>12</sup>.</b>		
<b>Referencia:</b>		
<b>Fase del proceso psicoterapéutico:</b>	<b>Pregunta clínica a responder:</b>	
1.1	Los participantes se asignaron de forma aleatoria a los grupos.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.2	Se utilizaron métodos adecuados de enmascaramiento durante la aleatorización.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.3	Las características de los grupos fueron similares al inicio del estudio.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.4	Tanto los pacientes como los investigadores se mantuvieron ciegos en cuanto al tratamiento recibido.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.5	Aparte del tratamiento, los diferentes grupos fueron tratados de igual modo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.6	Los participantes se analizaron dentro del grupo al que fueron asignados originalmente.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.7	¿Qué porcentaje de participantes que iniciaron el estudio se incluyeron en el análisis de datos?	_____ %
<b>Comentarios:</b>		

<sup>12</sup> Adaptada del Centre for Evidence-Based Medicine (2011) Critical Appraisal Tools. Disponible en <http://www.cebm.net/critical-appraisal/> el 26 de septiembre de 2013.

## ANEXO 4

<b>Plantilla de lectura crítica: Estudios de pronóstico<sup>13</sup>.</b>		
<b>Referencia:</b>		
<b>Fase del proceso psicoterapéutico:</b>	<b>Pregunta clínica a responder:</b>	
1.1	La muestra representativa definida de pacientes fue generada en un punto común en el curso de la enfermedad.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.2	El seguimiento de los pacientes fue suficientemente largo y completo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.3	Los autores proveen una definición clara o los criterios específicos de cada desenlace.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1.4	La determinación del desenlace fue ciega en relación a los factores pronósticos.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.5	Si se identificaron subgrupos con diferentes pronósticos, ¿se llevó a cabo un ajuste por los factores pronósticos más importantes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
<b>Comentarios:</b>		

<sup>13</sup> Adaptada del Centre for Evidence-Based Medicine (2011) Critical Appraisal Tools. Disponible en <http://www.cebm.net/critical-appraisal/> el 26 de septiembre de 2013.



## ANEXO 5

<b>Plantilla de lectura crítica: Estudios de exactitud diagnóstica<sup>14</sup>.</b>		
<b>Referencia:</b>		
<b>Fase del proceso psicoterapéutico:</b>	<b>Pregunta clínica a responder:</b>	
1.1	El test diagnóstico fue aplicado al espectro completo de pacientes.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.2	Los pacientes fueron seleccionados o bien como series consecutivas o aleatoriamente a partir de una población de estudio claramente definida.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.3	La prueba diagnóstica se comparó con un patrón de referencia apropiada.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.4	Si no existe un patrón de referencia, ¿se utilizó un estándar de referencia validado como comparador?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.5	Tanto la prueba diagnóstica como la estándar de referencia fueron aplicados a todos los participantes del estudio.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.6	La prueba diagnóstica y el patrón de referencia se aplicaron de forma independiente y ciega.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
1.7	La prueba diagnóstica y el patrón de referencia se aplicaron de forma próxima en el tiempo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta información
<b>Comentarios:</b>		

<sup>14</sup> Adaptada del Centre for Evidence-Based Medicine (2011) Critical Appraisal Tools. Disponible en <http://www.cebm.net/critical-appraisal/> el 26 de septiembre de 2013.

## ANEXO 6

<b>Criterios para la elaboración y jerarquización de las recomendaciones</b>	
Fase del proceso psicoterapéutico:	
Pregunta clínica a responder:	
Tabla de evidencia a la que se hace referencia:	
Cantidad, calidad y consistencia de la evidencia científica	
Aplicabilidad y generalización de los resultados	
Impacto clínico	
Síntesis de la evidencia relacionada	Nivel de evidencia
Recomendaciones	Grado de recomendación
Comentarios:	