

# LA e-PSICOLOGÍA: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN EN LA TERAPIA A DISTANCIA

Antoni Baena

Unitat de Tabaquisme. Hospital de Bellvitge.

Grupo de Investigación sobre Conductas Desadaptativas de la Universitat Ramon Llull

Mónica Quesada

Centro Integral de Atención a las Drogodependencias. Ayuntamiento de Getafe.

Florian Vogt

Department of Health Psychology. King's College, University of London.

*The world wide web is already a source for information about health for many people. It is likely that in the future there will be more and more people who will seek to receive treatment from a health professional over the web. Currently, health professionals who are considering this new field of study are interested in identifying whether psychology (as a practical discipline) should or should not offer its services electronically or which specific features such e-therapists should possess. They are also concerned about how to establish clinical sessions that possess the qualities of face-to-face sessions including the therapeutic effectiveness while being delivered electronically. The electronic relationship will not substitute the face-to-face meeting but instead will complement or even will stimulate it. This new situation has led to the production of a new deontological code with new regulations considering the new technologies. As an example we review what Information and communication technologies (ICT) are offering for smoking cessation treatment.*

Keywords: e-Psychology, deontology, e-Health, ICT

---

## Introducción

Nunca antes la tecnología nos había permitido acceder a tanta información y menos aún, nos permitía almacenar este caudal de datos de la forma en que hoy lo podemos hacer gracias a las Tecnologías de la Información y de la Comunicación

(TIC). Por eso, muchos autores hablan de la Sociedad Red como la sociedad resultante de la experiencia del uso de las TIC.

Pero si hay un concepto que podría resumir lo que representa ser un ciudadano de la sociedad red es poseer la capacidad de la interactividad. La sociedad red es, por tanto, una sociedad diferente que deberá admitir totalmente la bidireccionalidad de los mensajes y la importancia del receptor. Es una sociedad desjerarquizada que ya no podrá ser vertical en sus sistemas de relación y comunicación, será horizontal (Shapiro, 2001). Por lo que ya no es suficiente con la información disponible en tiempo real, es necesario transformar esta información en aprendizaje, en tratamiento, en conocimiento.

### **La e-Psicología o telepsicología**

La e-Psicología o Telepsicología es un área que pertenece al campo de la e-salud o telesalud, término que se define como “la provisión de salud a distancia”. La principal característica de estos sistemas de e-salud es la distancia que existe entre el usuario y el terapeuta y la superación de la misma mediante las TIC, aunque a veces no es tanto una distancia física como una incompatibilidad horaria la que hace útil este modelo de intervención.

La e-Psicología ha sido definida por Brown (1998) como “el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la psicología con el propósito de posibilitar un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de cuidados de salud mental”.

El primer contacto de la psicología con las TIC se dio cuando desde la psicología clínica se empezaron a utilizar ordenadores personales, agendas PDA y el teléfono (fijo inicialmente, móvil posteriormente) en diferentes ensayos clínicos. Posteriormente se incorporó Internet, la realidad virtual, la realidad aumentada, el vídeo y la televisión ya fuese para investigación como para su aplicación clínica. Aunque, lógicamente, es el ordenador el que está siendo más utilizado junto con el teléfono, ya que es la tecnología con mayores posibilidades de integración de elementos.

La e-Psicología es por tanto de utilidad en la consulta simple, en el seguimiento de casos, en la circulación de material de soporte y de autoayuda, en las bases de datos de profesionales o de centros de atención, etc. La posibilidad de ofrecer texto e imágenes –también en movimiento–, enriquece la relación asistencial y puede utilizarse como medio para explicar experiencias de otros pacientes tratados con éxito, historias de superación que aumenten la autoestima y autoconfianza y generen actitudes positivas.

Por lo tanto, podemos decir que diferentes experiencias han demostrado que las TIC, especialmente la red, pueden facultar a los individuos a controlar su propia

salud y no únicamente a adquirir información despersonalizada. Esto gracias a que las TIC posibilitan y facilitan considerablemente el acceso de un profesional al máximo de personas, especialmente a aquellas que tienen dificultades de movilidad; la superación de las barreras idiomáticas o culturales; la asistencia desde la propia casa o trabajo para aquellas personas con dificultades horarias, de desplazamiento o cargas familiares o, por el contrario, favorecen el seguimiento de terapias en aquellas personas con elevada movilidad, personas que requieren una intervención “ahora mismo” (“*Right Now*”) y “sólo para mí” (“*Right for me*”) o simplemente aquellas personas que eligen el tratamiento a distancia como primera elección, realidad que cada vez es más frecuente según algunos datos de tendencia en otros países (Evans, 2009).

Otra ventaja, que ya hemos comentado anteriormente, es que con la utilización de las TIC el paciente puede acceder a la información o a su tratamiento personalizado en el momento en que lo decida, ya que no es imprescindible la presencia física del especialista cuando aparece la necesidad o la motivación pudiendo aumentar la frecuencia de contactos con su terapeuta o hacer consultas a otros profesionales. Un terapeuta no visible en algunas situaciones puede favorecer la confidencialidad y la autorrevelación del paciente al profesional, lo que no quiere decir que el psicólogo o psicóloga que trabaja en línea no tenga que estar claramente identificado para evitar intrusismos o malas prácticas (Bermejo, 2002).

A pesar de la demostrada eficacia de los tratamientos a distancias de diferentes problemáticas psicológicas, los terapeutas clínicos se muestran aún resistentes a su utilización en terapia (Dolezal-Wood, Belar y Snibbe, 1998), seguramente por tres motivos principales. El primero por el miedo a que las TIC suplanten algunas funciones del terapeuta ya que pueden realizar parte del trabajo del terapeuta. El segundo motivo, nos atrevemos a decir, es porque los profesionales de la psicología no están, lógicamente, a salvo de la necesidad de “alfabetización digital”. Y por último, ya hemos comentado que las TIC no mejoran la eficacia de los tratamientos tradicionales, motivo por el cual seguramente algunos terapeutas no se planteen, creemos que erróneamente, integrar dicha tecnología en su práctica diaria.

Es previsible que se combine la ayuda tradicional con el tratamiento a distancia. No se trata de reemplazar lo que se ha adquirido históricamente, sino considerar qué temas son susceptibles de ser consultados y tratados con las TIC, provocando unos cambios que pueden llegar a ser radicales en el proceso de atención sanitaria tanto individual como de colectivos.

La terapia aplicada más frecuentemente hasta el momento está basada en el modelo cognitivo conductual, ya que es una terapia estructurada y que presenta protocolos de procedimiento delimitados y más fácilmente evaluables.

La psicología por tanto, debe superar la fase actual en la que se encuentra en nuestro país y que pasa por ser generalmente una informadora de calidad. Debe adaptar sus tratamientos a distancia de forma efectiva ya que puede aportar mucho

en cuanto a la atención de personas que hasta ahora quedaban fuera de cualquier intervención. El hecho que las intervenciones a distancia no superen en eficacia a las presenciales, como los estudios actuales apuntan, no nos tiene que desanimar ya que no es el objetivo buscado, es más creemos que corrobora la idea que las TIC nos ofrecen un nuevo escenario para intervenir y no una nueva forma de intervención en sentido estricto, pero es que además en el peor de los escenarios estaríamos poniendo en marcha tratamientos eficaces a un número mucho mayor de demandantes de atención.

### **Antecedentes históricos de la utilización de las TIC en psicología**

La utilización de TIC, especialmente el ordenador, en psicología se remonta a los años 70 donde autores como Poter desarrollaron un programa de ordenador para incrementar la conciencia de las personas sobre sus hábitos alimentarios con el fin de modificarlos y reducir así la ingesta de calorías. Otros ejemplos están en el tratamiento computerizado de fobias a las arañas (Gallego, 2006). Otras áreas que han interesado a la psicología han sido el potencial adictivo de la red la personalidad de los internautas y su potencial para realizar experimentos en línea (Bermejo, 1999; Steffens, 2001; Risso, 2001).

Pero si hay un campo de estudio que empieza a mostrar resultados esperanzadores es el de la e-psicología. Kavanagh y Hawker (2001) revisaron la literatura existente sobre la evaluación psicológica *online* y concluyeron que es tan fiable como el cara a cara. A su vez la satisfacción por parte de los propios usuarios, especialmente en salud mental, es elevada ya que así se manifiestan la mayoría de personas consultadas que han participado en estudios *online*.

Entendemos que una propuesta de tratamiento a distancia es sobre todo un acto de comunicación y en este sentido especialista y paciente se encuentran en la red para acercarse y reconocerse en su papel, pero en igualdad de condiciones y de estímulos. Por eso, toda propuesta de este tipo deberá incluir una trayectoria de contenidos dictados y certificados por profesionales de la psicología, pero a esto se le debe sumar un inteligente diseño web y navegación que haga un entorno agradable, claro y con la calidad técnica requerida para que el paciente obtenga los beneficios que se esperan de todo tratamiento psicológico. Por tanto, es un tratamiento interdisciplinario, que no multidisciplinario, entre informáticos, diseñadores, comunicadores y psicólogos. El que se crea autosuficiente se equivocará.

### **Redes de salud virtual y transformaciones sociales**

En un estudio de Aspden y Katz del 2001 se mostró que el 41% de los internautas norteamericanos se habían conectado alguna vez para acceder a recursos informáticos sobre salud. En 2002 ya era del 60% (Pew Internet and American Life Project, 2003) aunque hay autores que afirman que son datos demasiado

exagerados (Castells, 2004). El 65% de quienes buscaban sobre salud utilizaron buscadores generales, el 21% portales de salud y el 11% entraron en sitios web sobre enfermedades específicas (Boston Consulting Group, 2001). De estos, el 80% afirmó haber encontrado toda la información que buscaba, o la mayor parte de ella (PEW, 2003). El 58% afirmó que recurría a Internet en primer lugar para conseguir información sanitaria fiable, mientras que el 35% declara contactar antes con un profesional médico.

Por lo que vemos que la red se está convirtiendo rápidamente en el lugar de referencia de salud de muchas personas por lo que es muy importante intentar adelantarse a la situación y trabajar en la búsqueda de la calidad en la información y servicios ofertados.

### **¿Por qué los psicólogos deberían ofrecer servicios a distancia?**

Actualmente, la discusión se ha centrado en los motivos de los pacientes para utilizar los servicios a distancia casi obviando la misma cuestión en los profesionales. Entre los principales motivos para iniciar un servicio online están (Jones y Stokes, 2009):

- 1- Sentir curiosidad por estas “nuevas formas” de trabajo,
- 2- Deseo de aumentar la base de clientes,
- 3- Deseo de utilizar las habilidades presenciales en otro formato y
- 4- Deseo de aumentar la disponibilidad de tratamiento profesional al mayor número de personas posible.
- 5- Este tipo de terapéutica está aquí para quedarse y aquellos terapeutas que no aprovechen la oportunidad de ser visibles online pueden ir paulatinamente extinguiéndose.

Por otra parte, el terapeuta busca aprovecharse al máximo de las ventajas que la utilización de las TIC en el proceso terapéutico presenta:

- Al utilizar principalmente la terapia cognitivo conductual que requiere la repetición de instrucciones y demostración de habilidades, estas tecnologías permiten ganar tiempo al terapeuta en tareas no monótonas.
- Ayudan al paciente a adherirse al tratamiento
- Monitorizar situaciones en el contexto natural.
- Recogida de información estructura para el análisis posterior por parte del terapeuta.
- Gestión de situaciones complicadas y de crisis.

Ventajas	Inconvenientes
# Pone al alcance de todo tipo de personas el buscar terapia	# No todo el mundo tiene acceso a estas TIC
# Permite el anonimato	# Es necesario tener ciertas habilidades para utilizar diferentes TIC
# Es más económica que la tradicional	# No hay comunicación no verbal, excepto si se utiliza videoconferencia
# Puede ser más atractiva para niños y adolescentes	# Es más difícil actuar en situaciones de crisis
# Se puede utilizar 24 horas al día y 7 días a la semana	# La privacidad puede verse en peligro si no se toman ciertas medidas de control
# Internet permite el acceso a servicios especializados desde zonas remotas	# Puede encontrarse información contradictoria y/o errónea en Internet
# Es más fácil compartir información	
# Internet facilita el apoyo social	
# Se puede monitorizar mejor el seguimiento del tratamiento	

*Ventajas e Inconvenientes del uso de las TIC en tratamiento*

La gran ventaja del email es que todo queda por escrito, lo que favorece enormemente archivar íntegramente la comunicación mantenida en la relación terapéutica, lo que conlleva a considerar un segundo elemento terapéutico esencial. El posterior análisis puede ser muy exhaustivo, permitiendo dedicarle más tiempo a considerar qué es lo que el paciente dice y cómo responderle. lo que es muy valorado en los modelos cognitivos de tratamiento (Bermejo, 2002). Las terapias cognitivas se adaptan muy fácilmente y por eso son las más utilizadas a distancia (Jones y Stokes, 2009).

Ya que este tipo de asociaciones con los clientes se da sin el contacto físico y con el terapeuta en un ambiente habitualmente de aislamiento, hay que mantener un buen nivel de interacciones sociales con otros terapeutas (Evans, 2009).

**¿Por que los psicólogos no deberían usar el tratamiento a distancia?**

Quizás la razón más frecuentemente aludida es que el tratamiento a distancia simplemente no funciona y que una relación real no puede desarrollarse únicamente mediante la utilización de texto. Hay una amplia evidencia científica que indica que la práctica terapéutica usando narrativa escrita como principal terapia ha conseguido resultados positivos, especialmente en áreas como los desórdenes depresivos, ansiosos y algunos desórdenes somáticos (Evans, 2009).

Otra de las preocupaciones está en la propia tecnología. ¿Es segura? ¿Es fiable? Está claro que ningún terapeuta a distancia puede dar una garantía total de que es imposible que las cosas vayan mal, de la misma forma que pasa en el

tratamiento presencial. En cualquier caso el terapeuta debe tener la suficiente competencia para manejar el software elegido para la interacción online, especialmente en lo referente a la seguridad de los datos y al manejo de las situaciones en las que la tecnología falla (Evans, 2009). En estos casos se debe tener por escrito un tutorial sobre cuál será el protocolo que se seguirá y, generalmente, se utilizará otro medio de comunicación (SMS, teléfono, etc.) para comunicar la incidencia y reorganizar las sesiones.

Dicha utilización tampoco está exenta de inconvenientes como:

- Dificultad de utilización en determinados contextos naturales sin llamar la atención
- El desarrollo de programas adecuados es complicado
- Requiere unas habilidades en el uso de TIC por parte del paciente.
- Ausencia de comunicación no verbal (excepto al utilizar videoconferencia, aunque es muy poco frecuente por el momento debido a su dificultad técnica).
- Ausencia de espontaneidad si el tratamiento es asincrónico.

Cuando hablamos de contacto asincrónico mediante el uso de las TIC, nos referimos principalmente al correo electrónico ya que mediante este medio de comunicación no se hace necesaria la coincidencia temporal del terapeuta y del paciente. Por otra parte, nos referimos a un contacto sincrónico con el uso de las TIC cuando se usa el chat, el teléfono o incluso la webcam, aunque generalmente es el chat la tecnología de referencia.

El tratamiento a distancia requiere del terapeuta ciertas aptitudes como tener el suficiente nivel de manejo de las TIC, junto con la habilidad de organizar, manejar y comprometerse con los pacientes utilizando correctamente las herramientas de comunicación, en un medio que requiere un código ético diferencial (Evans, 2009). Por otra parte, trabajar durante demasiado tiempo delante del ordenador no es adecuado ni para el terapeuta ni para los resultados del paciente, por lo que se deben planear descansos debido a la naturaleza sedentaria del tratamiento online.

### **Características de un e-Terapeuta**

Si bien, algunas de las condiciones más importantes que el terapeuta debe cumplir en el contacto online no difieren de las clásicas características que C. Rogers propuso para el tratamiento presencial: empatía, genuinidad e incondicional aceptación del paciente. Junto a estas características comunes encontramos algunas específicas como (Yellowless, 2002):

1. Deben ser flexibles.
2. Capaces de integrar una amplia variedad de información y trabajar en el 24/7 modelo global.
3. Competentes: tanto en psicoterapia como en habilidades con la informática.

4. Conocer sus limitaciones y las del e-tratamiento.
5. Responsables.
6. Terapeuta como facilitador.
7. Terapeuta como autoridad en el tema.

Ser competentes representa principalmente:

1. No utilizar el e-mail para situaciones de urgencia
2. Estar seguro que los pacientes saben cómo contactar con el e-terapeuta
3. Decidir con los pacientes qué temas pueden tratarse por e-mail
4. Dejar claro a los pacientes que pueden utilizar el teléfono si no hay respuesta en 48 horas.
5. No enviar material posiblemente identificable a terceras personas sin el permiso del paciente.
6. Encriptar los e-mails a ser posible.

### **¿Por qué los pacientes eligen trabajar a distancia?**

Principalmente la mayoría de usuarios de tratamiento a distancia seleccionan este tipo de ayuda por el hecho de vivir en áreas remotas o en áreas no tan remotas pero en las que el transporte público es un problema o hay pocos profesionales disponibles. También es seleccionada por pacientes con problemas de oído.

Lo que sí está claro es cada vez hay más clientes que deciden usar el tratamiento no presencial como primera elección (Jones y Stokes, 2009).

### **Iniciándose en el tratamiento a distancia**

#### **El primer contacto**

Habitualmente el primer contacto se inicia cuando el paciente envía un email al terapeuta demandando información sobre el tratamiento a un problema. En ese momento es cuando el terapeuta debe valorar su competencia, y la del paciente, para resolver dicha demanda por medio de TIC. Aunque no se debe ignorar dicha información el terapeuta debe centrar sus respuestas en los detalles del contrato, más que iniciar inmediatamente el tratamiento. Por ejemplo diremos: “es importante dejar claros los detalles antes de iniciar el tratamiento, para poderlos dejar aparte lo antes posible y centrarnos en lo que realmente nos interesa que es el problema en cuestión”.

Es en esta parte del proceso en la que hay que evaluar y dejar claros los límites de la terapia a distancia y resolver cualquier posible confusión inicial. Con este fin muchos autores incluyen diferente información en sus emails iniciales o en su web que piden completar a sus clientes, la información justa y necesaria para que el terapeuta consiga ayudar a su cliente terapéuticamente.

Este contacto inicial es una magnífica oportunidad para demostrarle al paciente que se ha entendido el problema en profundidad y que se tienen suficientes

habilidades para iniciar un tratamiento. A su vez, se debe valorar las habilidades del paciente en el uso de las TIC. En caso contrario se debería tener preparados diferentes tutoriales que le ayuden en su proceso o protocolos diferenciales según las necesidades del paciente, es decir, en algunos casos puede ser adecuado cambiar del formato sincrónico al asincrónico, por ejemplo, ya que este último suele ser más fácilmente usado y mucho más familiar para la mayoría de internautas. En última instancia siempre debe existir la posibilidad de una autoderivación presencial o a otro profesional o servicio accesible.

En cuanto al uso de un lenguaje formal o informal en el inicio de un email, pueden influir considerablemente en el establecimiento de la relación. Un inicio formal puede cohibir al paciente, mientras que un inicio informal puede dar la impresión de exceso de familiaridad. Por eso se recomienda un uso neutro tipo “Hola”, “Querido”, “Estimado”. Breves emails requieren respuestas breves ya que es posible que esta parquedad en palabras sea debida a una discapacidad, a una segunda lengua o a la ausencia de habilidades con el ordenador (Evans, 2009).

### **El contrato del tratamiento a distancia**

La propia naturaleza del trabajo a distancia hace absolutamente necesario tener un contrato por escrito que debe ser enviado a los clientes para que sea firmado y devuelto adecuadamente. Si el cliente aporta mucha información antes de aceptar el contrato, y por alguna razón el tratamiento no sigue adelante, el paciente se podrá sentir muy expuesto y vulnerable.

Por otra parte, muchas veces el terapeuta se centra demasiado rápidamente en el trabajo terapéutico y presta poca atención a los temas funcionales y no redacta contrato alguno. También es bueno incluir un formulario de evaluación de la satisfacción del usuario que debe ser enviada en un momento concreto del proceso a todos los pacientes.

En el tratamiento online, es poco probable realizar algún tipo de contacto entre sesiones por lo que algunos terapeutas consideran inapropiado responder los emails fuera de lo planificado, pero hay que tener en cuenta que este tipo de tratamiento es muy diferente del presencial en este aspecto. Es mucho más realista y manejable estructurar los límites de la intervención y la temporalización de las respuestas, qué será considerado respuestas fuera de lo convenido. Por ejemplo podemos decirle al paciente: “Si trabajamos por email, tú puedes enviarme emails cuando quieras, aunque sólo puedo garantizar que los responderé durante los tres siguientes días laborables (excluidos los fines de semana). Lo que significa que si envías diversos emails en un periodo de tiempo corto, puedes encontrarte con un único email de respuesta a todos. Nombraré mis respuestas como e-Mail Terapéutico 1,2, etc. y serán enviados como documento adjunto en un email con una pequeña introducción.”

En cuanto a la privacidad de los datos, es una buena idea tener preparado un

documento en el que se explique al paciente como éste puede mantener la privacidad de su propio ordenador, particularmente en lo referente al hecho de utilizarlo en el trabajo o en cibercafés o cuando es compartido por otras personas. Otro aspecto de la confidencialidad y la privacidad hace referencia al lugar físico desde el que se escribirán los emails, es decir, desde donde se seguirá la terapia. Se le aconsejará seguir las mismas acciones que el terapeuta lleva a cabo con su ordenador: proteger el ordenador con una contraseña, no compartir su uso y usarlo en un mismo despacho y, en el supuesto caso de una avería, se debería incluir un teléfono de contacto y enviar un SMS avisando de la incidencia.

### **Establecer una presencia y relación a distancia**

La evidencia científica indica que la terapia a distancia puede crear una alianza de trabajo recíproca a la que se da en el tratamiento presencial (Evans, 2009). Por eso la clave para el éxito de la interacción con los pacientes no presenciales consiste en establecer una presencia online y desarrollar las habilidades requeridas para crear una alianza terapéutica durante los estados iniciales de la relación a distancia, positiva y reforzadora. Dicha presencia es evidente y percibida como única y diferencial a cada paciente aunque la distancia entre paciente y terapeuta pueda llevarnos a pensar lo contrario ya que también aparece estimulación sensorial, cambios en el ambiente, interacción, grado de familiaridad, etc.

Obviamente, la personalidad y habilidades del terapeuta debe ser evidente para los pacientes ya que es la clave de la dinámica que forma la alianza de trabajo, por eso consideramos que cualquier otro mecanismo de respuesta automática iría en contra de dicha relación y podría provocar en el paciente una sensación de falta de presencia del “otro”.

Puede darse el caso que la consulta demandada sólo requiera de una intervención única, una hora o menos, por lo que puede ser asignado cualquier terapeuta ya que no se dará el seguimiento de una relación terapéutica. En el caso contrario, se considera mejor el contacto sincrónico o asincrónico con un mismo terapeuta durante todo el proceso (Evans, 2009).

Por supuesto extraeremos información de todos los materiales que el paciente aporte, la forma de expresarse, los sentimientos comunicados, la fuente y colores utilizados, el uso de mayúsculas, los recuerdos y cualquier imagen, sonido o vídeo quiera compartir con el terapeuta. Gran parte de estos aspectos nos aportaran información no verbal relevante.

Por último recordaremos que también es posible utilizar avatares, tanto por el paciente como por el terapeuta, para ayudar a desarrollar una presencia a distancia y facilitar una relación no presencial, y de esta forma poder superar la inicial ausencia de elementos visuales en el contacto a distancia (Nakamura, 2002). El uso de acrónimos y emoticones también nos puede aportar información por la espontaneidad que aportan. A veces el email del paciente ya es informativo del tipo de

persona con la que estamos tratando. No es lo mismo un simple nombre@gmail.com, que un soyelmejor@gmail.com

### **Condiciones necesarias para el establecimiento y desarrollo de una relación a distancia**

El elemento clave en el establecimiento de una relación a distancia con los pacientes descansa en conseguir proporcionar un espacio terapéutico donde el paciente se encuentre cómodo y pueda explorar diferentes aspectos personales en un ambiente seguro y donde no se sienta juzgado o sesgado. Para conseguirlo es necesario informar de la necesidad de poner en marcha diferentes procesos preventivos que mantengan la privacidad de sus datos. Se debe tener un manual de ayuda a este respecto para aquellos pacientes que no tengan suficientes habilidades, ya que estas no deben ser asumidas directamente. Paralelamente se deben dejar claros los límites de la confidencialidad de la información recogida, ya que cuando el nivel de confort o familiaridad no es evidente, esto afecta negativamente en el potencial de la relación (Evans, 2009).

Es importante dejar claro que pueden aparecer malas interpretaciones (particularmente al principio) y que ambos deben esperar del otro una corrección de los mismos tan pronto como sea posible (Jones y Stokes, 2009).

Puede caerse en el error de que un terapeuta a distancia realice su labor en un ambiente más informal que en el presencial, pero es adecuado decir que la profesionalidad que merece el paciente y la necesidad de crear una relación adecuada, requieren de un ambiente de trabajo que emule el ambiente presencial (Evans, 2009). Teniendo en cuenta la importancia del equipo informático a utilizar, este debe tener la calidad necesaria para desarrollar adecuadamente el trabajo ya que influye considerablemente en la relación.

### **El uso de preguntas en el tratamiento a distancia**

De la misma forma que en el tratamiento presencial, el uso de preguntas abiertas es el más adecuado: cómo, cuándo, por qué o qué. Si estas palabras son usadas en una conversación online pueden ser interpretadas como demasiado directas por lo que se aconseja utilizar algún tipo de introducción anterior como por ejemplo: Sería útil para mi entender cómo; de esta forma el paciente siente una aproximación más agradable a un tema tan delicado como el que se está tratando (Evans, 2009).

### **Estructurando la respuesta terapéutica**

El modelo Exploración, Entendimiento y Acción (Jones y Stokes, 2009) funcionan adecuadamente cuando se utilizan como marco para los emails:

1- Exploración: el terapeuta entiende el contexto del email del cliente, para lo que habitualmente incluye un breve resumen de los temas permitiendo al paciente

corregir lo que considere oportuno.

2- Entendimiento: ayuda al cliente a sentirse escuchado y entendido y las malas interpretaciones pueden ser corregidas.

3- Acción: se incluyen generalmente sugerencias sobre como mover la terapia hacia un objetivo, lo que puede incluir tareas e ideas a valorar o completar como trabajo para casa.

Una gran diferencia con los pacientes presenciales es que los pacientes a distancian reciben y responden a la terapia en su propio ordenador, muchas veces rodeados por las personas que le provocan sentimientos negativos.

## **El contacto Asincrónico y Sincrónico a distancia**

### **Características del trabajo asincrónico**

Si repasamos las principales ventajas del contacto asincrónico llegamos a las siguientes:

- 1- Comodidad
- 2- Permite a la gente con problemas de comunicación recibir ayuda sin necesidad de envolver a terceras personas
- 3- El cliente y el terapeuta pueden trabajar cuando están preparados para hacerlo
- 4- Todo lo que se discute puede ser almacenado en el ordenador y ser releído
- 5- Tanto el terapeuta como el paciente tienen más tiempo para plasmar sus sentimientos sin tener la presión de la necesaria inmediatez de lo presencial. Aunque hay terapeutas que prefieren que sus pacientes mantengan la espontaneidad enviando los emails cuando son escritos y sin revisarlos.

Es muy importante tener en cuenta que en el contacto asincrónico, las opciones de temporalización son un elemento crucial del proceso terapéutico por lo que se debe determinar cuándo esperar mantener la comunicación, tanto en número de emails como en la periodicidad de los mismos. En cualquier caso se aconseja responder los emails inmediatamente a su recepción pero dejar 24 horas antes de releerlos, modificarlos, en caso de considerarlo necesario, y enviarlos.

En cuanto al uso de un único email de respuesta a múltiples o una respuesta individualizada, podemos decir que los emails individuales funcionan bien con clientes que se centran en un único tema; el estilo dialogado es útil cuando los emails de los pacientes se centran en diferentes temáticas y se puede responder a cada una. Responder de forma dialogada dentro del texto del propio pacientes es una forma útil de responder a un largo email con numerosos temas en el mismo, además significa que el paciente debe leer otra vez sus propios pensamientos. Además, permite al terapeuta y al paciente planificar su trabajo de una forma más fácil que con el intercambio de emails ya que al finalizar cada sesión se puede reajustar el calendario del cliente. La desventaja de este estilo es la cantidad de texto a leer y la

dificultad de distinguir entre el texto previo y las nuevas aportaciones, si el dialogo continúa más allá de un único email.

Si hablamos de desventajas, tenemos que decir que la principal es que la respuesta no es inmediata y el terapeuta puede estar respondiendo a un email escrito en el pasado, con temas ya pasados o que han perdido la importancia. No hay forma de saber si el cliente estará en la misma situación. Una forma de solucionar este problema es utilizar el tiempo pasado y dejar claro en el email que la situación puede haber cambiado.

### **Características del trabajo sincrónico**

La gran ventaja del contacto sincrónico es que permite un trabajo en el aquí y ahora mismo con una interacción mucho más espontánea que con el correo electrónico. Pero no todo son ventajas ya que podemos encontrar cierta dificultad a la hora de:

1- Encontrar una hora común para “hablar” a distancia puede resultar a veces difícil

2- Ausencia de confidencialidad y privacidad, especialmente si hay más personas en casa.

3- Se puede prestar más atención a la forma de como se escribe para evitar errores ortográficos, que al fondo de la cuestión, a lo que se escribe.

4- El exceso de análisis del contenido de los emails puede llevarnos a perder la esencia de la comunicación y más en lo que el terapeuta puede hacer por el cliente que con el cliente.

### **Otras herramientas**

#### **Trabajar con imágenes y sonidos**

Los terapeutas pueden aprovechar las características digitales de las TIC y tener una selección de imágenes útiles disponibles en su web para que los clientes las puedan seleccionar o pueden sugerir que éstos las busquen en Internet si no quieren restringir la selección. No en vano podemos decir que nos encontramos en la era de la imagen (estática y en movimiento) y el sonido, por lo que podemos y debemos aprovecharlo en labor terapéutica.

Podemos, también animar a algunos pacientes a la realización de vídeos de ellos mismos para compartirlos con el terapeuta o pueden enviar alguno ya grabado y que tenga un significado especial para ellos. Este material es una fuente magnífica de información, especialmente en un contexto como el online en el que perdemos la casi totalidad de la información no verbal. Por eso es altamente recomendable su uso.

## **La web 2.0**

La última “actualización” de las TIC la encontramos en la denominada web 2.0 en la que se otorga, especialmente Internet, una importancia renovada a lo social, a la expresión entre iguales y, por qué no, entre diferentes, reconociendo el valor que el individuo como creador de contenidos tiene.

Son las nuevas redes sociales como los wikis, blogs, podcast, videocast, agregadores RSS, etc., los que gracias al trabajo colaborativo de los internautas “crean” conocimiento, un conocimiento en constante evolución y corrección. Lo que, según algunos autores, hace que la calidad de dicha información se mantenga dentro de unos márgenes más que aceptables. Si bien pueden presentar algunos riesgos, especialmente en la dificultad de control de la información, también pueden ser sumamente útiles para los pacientes en, por ejemplo, la práctica de nuevas conductas. Los terapeutas cognitivo conductuales han encontrado que Second Life es muy útil para pacientes que deben enfrentarse a fobias o ansiedades (por ejemplo la fobia social).

## **La calidad de la información y los códigos deontológicos**

Este nuevo escenario de tratamiento ha obligado a los responsables de los diferentes códigos éticos y deontológicos de intervención profesional de las ciencias de la salud a buscar nuevas regulaciones para adaptar lo existente a las características definitorias de las TIC.

Se han centrado principalmente en los aspectos más preocupantes del uso de las TIC como pueden ser el anonimato o suplantación de personalidad, la ausencia de comunicación no verbal y gestual directa, la gestión diferencial del tiempo (sincrónico o asincrónico), el cobro de servicios y, sobre todo, en la calidad de la información publicada y la seguridad en la gestión y almacenamiento de la información recogida (Bermejo, 2002).

## **Calidad de la información sanitaria virtual**

Las TICs y especialmente Internet tienen un caudal tan amplio de información, junto con una “democratización” de los contenidos en el sentido que todos o todas podemos poner “on-line” cualquier idea o información ha desaparecido la información de calidad. Este aumento casi infinito de “redactores” de información junto con la creencia popular de que cada persona es capaz de juzgar la realidad y la exactitud de toda información a la que se accede. Es la llamada falacia del nuevo control individual. Por lo tanto, no es tanto eliminar intermediarios, sino todo lo contrario, encontrar intermediarios que hagan el trabajo de selección por nosotros.

Para facilitar que el internauta que visita una web de salud esté seguro que la información que está recibiendo cumple los criterios mínimos de calidad, se han iniciado diferentes proyectos y códigos deontológicos. Principalmente referenciables el de Health on The Net ([www.hon.ch](http://www.hon.ch)), el del Colegio de Médicos de Barcelona

(www.wma.comb.es) o el del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (www.copc.cat) (Baena, Obando, Monterde, Costa y López, 2007).

En un análisis efectuado por Eysenbach y Kohler (2002) se valoró que la calidad de la información constituía un problema en el 70% de los artículos revisados, mientras que un 9% de las webs que no mostraban problemas de calidad tenía una puntuación significativamente más baja en la metodología de la búsqueda y la evaluación. Es decir, muchas veces se olvida el público objetivo de la información y se confunde información para profesionales con su grado de especialización requerido, con la necesidad de adecuar el lenguaje y los contenidos a los no técnicos en la materia. Este, consideramos, es uno de los grandes males de las webs de salud actual: no tienen un público objetivo claro y cuelgan toda la información que poseen o generan.

### **Código deontológico y legislación**

Corresponde a los profesionales que forman parte de la psicología utilizar los mecanismos y estamentos adecuados con el fin de organizar sistemáticamente la ética profesional en relación al rol social que se le ha otorgado y que se espera de él (França, 1996). Recordemos que dicho código es cambiante ya que es un constructo social o colectivo, por eso en un campo tan cambiante como el que presentamos es aún más importante acelerar y evaluar constantemente el objetivo y las necesidades que el código deontológico de la intervención a distancia requiere, sin olvidar los principios éticos básicos de beneficencia, autonomía y justicia en toda actuación.

Pero antes de entrar directamente en dicho código deontológico repasaremos la ley de protección de datos ya que suele ser o desconocida o muy poco cumplida por la mayoría de terapeutas online, cuando es de máxima importancia cuando se trabaja con registros informáticos

### **Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal**

Cualquier archivo de datos que incluya datos de carácter personal de otras personas debe regirse por la Ley Orgánica 15/1999, que obliga a cumplir diferentes requisitos con el fin de evitar la diseminación de datos sin el control y conocimiento del propio interesado

Entre sus principios está el recoger datos que no sean excesivos o innecesarios para la labor para la que son recogidos; no recoger datos para otros fines; informar previamente al interesado de dicha recogida e informar sobre el derecho de toda persona al acceso, cancelación y rectificación de dichos datos. Por lo tanto, es necesario tener el consentimiento manifiesto, libre, inequívoco, específico e informado de la persona que aporta los datos.

En cuanto a los datos, la ley deja claro que no todos los datos son igualmente

sensibles y por lo tanto, hay diferentes niveles de control exigibles. Los datos de máxima protección son:

- Ideología, religión o creencia.
- Afiliación sindical.
- Origen racial.
- Salud y/o orientación sexual.

En el caso de la recogida de datos de salud hay un apartado específico en el Artículo 7, el 6 concretamente, que permite la recogida de dichos datos por parte de profesionales de la salud cuyo código deontológico recoja el secreto profesional.

En cualquier caso todo fichero debe ser registrado en la Agencia de Protección de Datos ([www.agdp.es](http://www.agdp.es)) e incluir un responsable del mismo que será la persona que velará por el cumplimiento escrupuloso de la ley, especialmente en referencia al acceso a la misma.

### **Propuesta de principios deontológicos del tratamiento psicológico a distancia**

Después de analizar diferentes propuestas de códigos deontológicos de atención de la e-salud aportadas por los principales organismos certificadores que están actualmente trabajando en este campo, vamos a presentar una propuesta que incluye principios seleccionados de todas ellas, siempre ampliándolos ya que no se ha eliminado ninguno de forma arbitraria (Baena et al., 2007).

#### **1. Capacitación profesional y estándares de procedimiento operativo**

Se refiere a los límites y riesgos de la intervención a distancia. Consiste en redactar y seguir un procedimiento de intervención enmarcado en la capacitación profesional del terapeuta responsable.

#### **2. Integridad**

El profesional de la psicología debe mantener la honestidad y el respeto hacia los otros. Nunca interpondrá el uso de técnicas por mucho que las considere idóneas. Deben ser objetivos, competentes y hábiles para llevar a cabo su rol, de tal forma que no se vea interferido por intereses personales.

#### **3. Adhesión a la calidad**

Es obligatorio que las intervenciones sean efectivas, que las informaciones utilizadas como fuente tengan una alta calidad y que sean contrastables, poniendo siempre la salud del paciente y su mejora por encima de cualquier otro objetivo. Este principio viene derivado directamente del principio de beneficencia. Especialmente hay que vigilar cualquier valoración diagnóstica computerizada en la que no medie ningún profesional de la psicología.

#### **4. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas**

El profesional de la psicología está obligado a respetar los derechos fundamentales y la dignidad de las personas. Directamente relacionado con el principio de justicia.

#### **5. Emergencias**

El profesional de la psicología que trabaje a distancia debe estar lo suficientemente capacitado como para detectar las emergencias y tener dispuestos procedimientos alternativos para que las crisis sean atendidas lo antes posible.

La dificultad consiste en encontrar un mecanismo suficientemente eficaz y seguro para poder resolver estas emergencias en un escenario a distancia, ya que el correo electrónico no es una buena herramienta de gestión de crisis, por lo que el teléfono o el SMS pueden ayudar en este tipo de situaciones.

#### **6. Confidencialidad**

Consiste en la obligación de garantizar los mecanismos adecuados para evitar la intromisión ajena en los datos que el paciente ha confiado al terapeuta, por ejemplo utilizando la encriptación o servidores seguros (SSL) cuando se deba intercambiar información confidencial con los pacientes.

Al realizar la labor profesional a distancia, debe existir de forma muy clara y fácilmente accesible la correcta identificación del terapeuta e incluso su ubicación física o geográfica, así como las vías que permitan comprobar la veracidad de dicha información. Es importante informar sobre su titulación, experiencia y su pertinencia a la sede del Colegio Oficial de Psicólogos correspondiente. Recordemos la necesidad de conseguir establecer una relación terapéutica adecuada y la importancia de generar una presencia a distancia.

En cuanto a la identificación de los usuarios, normalmente se deberá solicitar dicha identificación aunque en algunas circunstancias se podría aceptar el anonimato del usuario como indica la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), con una limitación en los servicios ofertados.

Independientemente de lo dicho anteriormente, se debe avisar de los límites éticos y legales de la confidencialidad paciente-psicólogo, pero el paciente debe tener la convicción de que la comunicación del sujeto al psicoterapeuta no será revelada. La inviolabilidad de esa confidencia es considerada esencial a los propósitos y a la continuidad de la relación psicológica y su ruptura, un grave perjuicio.

También se explicarán los diferentes procedimientos que el terapeuta o la entidad de referencia seguirán para transmitir y almacenar los datos relativos a la actividad clínica.

Estamos convencidos de que la e-Psicología no podrá generalizarse si no se plantea seriamente una arquitectura de la seguridad que evite que el paciente quede

expuesto a la vista de otros. El valor de la libertad y de la seguridad no puede estar en entredicho por la tecnología o por la forma de utilizarla. Por tanto, estamos de acuerdo con DeCew (1999) cuando afirma que “es imperativo buscar una solución cuando la tecnología choca con la privacidad en la que la tecnología no dicte la extensión de la protección (...) y a su vez las personas deben ser informadas, educadas y consultadas para que den su consentimiento o no a la diseminación de su información”; añadiríamos que los pacientes online también deben ser formados en el control de la información para evitar el acceso no deseado a los datos que almacene en su ordenador.

## **7. Consentimiento informado**

El paciente está obligado a aceptar las condiciones del tratamiento y para ello se le pedirá algún tipo de acuerdo. Al tratarse de un escenario no presencial puede ser que el documentos por escrito tan habitual hasta ahora no sea lo más adecuado, lo que no quiere decir que no se tenga que buscar alguna alternativa. En el caso de utilizar únicamente el teléfono como herramienta de comunicación, hay experiencias en el uso de un grabador del consentimiento informado para poder agilizar el proceso (Baena et al., 2007).

Si los pacientes son adultos incapacitados o menores de edad, deben ser los padres o tutores los que acepten la intervención. También se debe informar y pedir su aceptación sobre el tiempo en el cual se almacenará la información y si es o no objeto de una investigación, aunque en nuestro país este requisito está dictaminado por diferentes leyes estatales y autonómicas. En cualquier caso debemos estar seguros que el paciente ha recibido la información suficiente y como resultado de la misma éste ha comprendido lo que significa el tratamiento a distancia y acepta esta intervención de forma voluntaria y no coercitiva.

## **8. Práctica comercial**

Hay que dejar bien claro quiénes son los patrocinadores y la política de los profesionales para mantener la independencia de actuación frente a estos, por lo que hay que diferenciar suficientemente la información clínica, de la educacional y la promocional en toda intervención que se haga.

## **9. Cobro de servicios**

En el caso de cobrar por los servicios ofrecidos, las tarifas deben ceñirse a la política de precios recomendados por los colegios profesionales y garantizar un sistema de cobro confiable y seguro.

## **10. Responsabilidad social**

Se debe hacer público el conocimiento científico, de forma que otras personas puedan aprovecharse del mismo y este conocimiento sea contrapuesto al inadecua-

do o erróneo preexistente.

## **11. Seguimiento de la legislación**

Se debe realizar un seguimiento estricto de las leyes del país de origen de la práctica clínica, así como el respeto de las leyes del país de recepción de la intervención, así como la adhesión a los códigos éticos de la práctica psicológica en general.

Aconsejamos seguir los siguientes pasos:

1. Nombrar un responsable del fichero de datos.
2. Registrar el fichero en la Agencia de Protección de Datos.
3. Recoger de la forma adecuada el consentimiento informado.
4. Incorporar un texto explicativo de los derechos de la persona respecto a sus datos y que debe ser leído por todos pacientes, especialmente en lo referente al derecho de acceso, rectificación y cancelación de los datos y en la forma de comunicar dicha preferencia.
5. Activar contraseña general de acceso al servidor y/o ordenador donde están almacenados los datos.
6. Activar contraseña individual de acceso al programa de recogida de datos para cada terapeuta, en caso de haber más de uno.
7. Activar la contraseña individualizada del salvapantallas de cada ordenador de servicio para que en caso de ausencia temporal del terapeuta nadie tenga acceso al mismo.

## **Tratamiento telefónico del tabaquismo. Un ejemplo exitoso del uso de las TIC en la psicoterapia**

Para finalizar analizaremos brevemente el tratamiento a distancia del tabaquismo ya que es un ejemplo claro de lo que las TIC están aportando al escenario del tratamiento del tabaquismo.

Los tratamientos telefónicos del tabaquismo, a los que denominaremos Quitline (QL) son programas basados en la utilización del teléfono (principalmente, aunque también se puede incluir la web en este concepto) para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco. Estos servicios son una parte integral de los programas de control del tabaquismo de muchos países, especialmente en Norte América (Cummins et al., 2007) donde fueron pioneros en este campo.

La adopción de las QL ha sido debida sobre todo a un primer momento en el que se ha evidenciado experimentalmente su eficacia, y a un segundo proceso en el que se ha podido valorar su buena relación coste-eficiencia y su importante papel central en los programas globales de control del tabaquismo, especialmente por su capacidad de acceso a la población (Stead, Perera y Lancaster, 2006).

Lo primero que hay que diferenciar en un servicio de este tipo es si su intervención es proactiva o reactiva (Baena y Quesada, 2007). En otras palabras, si

son los terapeutas del servicio los que realizan las llamadas de seguimiento o son los propios fumadores los que llaman en los momentos que consideran oportuno, si hay anonimato y si hay seguimiento. Cuanto más completa sea la intervención más proactiva será. Esta diferencia es de vital importancia ya que sólo es posible valorar en profundidad los servicios proactivos.

En un reciente estudio se ha evidenciado que las llamadas de seguimiento múltiples mejoran la cesación a largo plazo para los fumadores y fumadores que contactan con una QL. Por lo que ofrecer más llamadas de seguimiento, es decir, aumentar la intensidad del seguimiento también mejora el éxito a largo plazo, como sucede en el tratamiento presencial del tabaquismo (Stead et al., 2006). Lo que no se ha podido valorar suficientemente es de qué forma afecta el tipo de consejo o el tipo de material de autoayuda que se proporciona a los fumadores de la QL (Stead et al., 2006).

Otros autores han estudiado la posibilidad de utilizar dos protocolos diferenciales según las características de los fumadores, uno breve y otro intensivo, basándose en la bibliografía sobre las variables involucradas en las recaídas como son: nivel de adicción, motivación, etc (Anderson y Zhu, 2007). También se han encontrado útiles los protocolos específicos, de hecho se están utilizando ampliamente, para mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo (*snuff* o *snus*), jóvenes (12-17 años), enfermos mentales y poblaciones étnicas (Cummins et al., 2007; Anderson y Zhu, 2007).

A su vez gracias a su carácter casi anónimo, los servicios telefónicos pueden ayudar a aquellas personas que no se encuentran cómodas en los grupos terapéuticos. Diferentes estudios han demostrado que los fumadores prefieren usar este tipo de servicios que los presenciales (Zhu, Anderson, Johnson, Tedeschi y Roeseler, 2000).

### **Tratamiento web del tabaquismo**

Las páginas webs de tratamiento del tabaquismo se encuentran actualmente en plena expansión por eso hay diferentes iniciativas dirigidas a la evaluación de esta modalidad de tratamiento para ver si también es eficaz para ayudar a dejar de fumar como lo es el teléfono (Bock et al., 2004).

Una de las iniciativas más importantes en este campo es la red Web Assisted Tobacco Intervention (WATI) y la European Network of Quitlines (ENQ). Ambas redes están actualmente estudiando que es lo que necesita una web de tratamiento del tabaquismo para ser eficaz. En un estudio aún por publicar se repasaron doce diferentes estudios randomizados y se encontró o un pequeño efecto o ninguno sobre los fumadores, por lo que es importante hacer una valoración más ajustada ya que la variabilidad en este campo provoca unos resultados difícilmente interpretables.

## Conclusión

Los servicios e-Psicología en España se encuentran en sus inicios, por lo que las posibilidades de ampliación son muchísimas y es un buen momento para sentar las bases de unas webs de salud muy interactivas pero con una información de calidad incuestionable.

Atendiendo a este más que previsible aumento del uso de las TIC en general y en la búsqueda de información de salud en particular, se debe hacer énfasis en la calidad de dicha información y, sobre todo, en el control de la seguridad de dicha transmisión, junto con los límites de la intervención clínica online ya que está claro que la tecnología virtual no sustituye a la actividad real sino que la complementa, incluso puede que ayude a estimular las actividades “reales” existentes.

Por último, debemos tener claro que el diagnóstico y tratamiento a distancia es igual de fiable que el presencial aunque la intervención es diferente ya que comprime el tiempo, cambia la forma de interactuar, marca unos límites que aún no conocemos suficientemente por lo que el liderazgo del terapeuta como agente activo del programa y del tratamiento son, aún si cabe, más importantes que en el tratamiento presencial clásico.

---

*La red es ya un referente de información de salud para muchas personas, por lo que hay que adelantarse a la situación ya que cada vez más nos encontraremos con personas que deciden ser tratadas a distancia por su terapeuta. Actualmente se está valorando principalmente en este nuevo campo de estudio, todo lo referente a por qué la psicología como disciplina práctica debería o no ofrecer servicios a distancia o qué características específicas debe poseer este e-Terapeuta o cómo conseguir establecer una presencia y una relación terapéutica efectiva y de calidad a distancia. Aunque la actividad a distancia no sustituirá a la presencial sino que la complementará o incluso la estimulará, este nuevo escenario ha obligado a la redacción de un código deontológico con nuevas regulaciones adaptadas a las nuevas tecnologías, y como ejemplo podemos repasar lo que las Tecnologías de la Información y la Comunicación están aportando al escenario del tratamiento de tabaquismo.*

Palabras Clave: e-Psicología, deontología, e-Salud, TIC

## Referencia Bibliográficas

- Anderson, C.M. y Zhu, S.H. (2007). Tobacco quitlines: looking back and looking ahead. *Tobacco Control*, 16 (Supl. 1), :i81-i86.
- Aspden, P. y Katz, J.E. (2001). Assessments of quality of health care information and referrals to physicians: A nationwide survey, En R.E. Rice y E. Katz (Eds) *The internet and Health communication*, (pp 106-19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Baena, A., Obando, C., Monterde, R., Costa, T. y López, R. (2007). Teletratamiento del tabaquismo. *Uocpapers*, 4, 15-19

- Baena, A. y Quesada, M. (2007). El papel integrador y complementario de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en el control y tratamiento del tabaquismo. *Trastornos Adictivos*, 9(1), 46-52
- Bermejo, A. (1999). Adicción a Internet. *Revista de Información Psicológica*, 70, 27-30.
- Bermejo, A. (2002). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. Barcelona: *Anuario de Psicología*, 32, 2.
- Bock, B., Graham, A., Sciamanna, C., Krishnamoorthy, J., Whiteley, J., Carmona-Barros, R. et al. (2004). Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(2), 207-19.
- Boston Consulting Group (2001). *Vital signs update: the e-health patient paradox*. [En red] Disponible en: [www.bcg.com/impact\\_expertise/publications/files/Vital\\_Signs\\_Update\\_Apr\\_01.pdf](http://www.bcg.com/impact_expertise/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf) (Extraído el 14 de marzo de 2008).
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Castells, M. (2004). Informacionalismo, redes y sociedad red: una propuesta teórica. En: Manuel Castells (Ed.), *La sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cummins, S.F., Bailey, L. y Campbell, S. (2007). Tobacco cessation quitlines in North America: a descriptive study. *Tobacco Control*, 16 (Suppl. I), i9-15.
- DeCew, J.W. (1999). Alternatives for protecting privacy while respecting patient care and public health needs. *Ethics and Information Technology*, 1, 249-255.
- Dolezal-Wood, S., Belar, C. D. y Snibbe, J. (1998). A Comparison of Computer-Assisted Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5, 103-115.
- Evans, J. (2009). *Online counselling and Guidance Skills. A practical resource for trainees and practitioners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Eysenbach, G. y Kohler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324 (7337), 573-577.
- França, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética*. (2º ed). Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Gallego, M.J. (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*. (Disertación doctoral, Universitat Jaume I).
- Jones, G. y Stokes, A. (2009). *Online counselling. A handbook for practitioners*. UK: Palgrave Macmillan
- Kavanagh, S. y Hawker, F. (2001). The fall and rise of the South Australia telepsychiatry network. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 41-43.
- Nakamura, L. (2002). Cibertypes: Race, ethnicity, and identity on the Internet. London: Routledge.
- Pew Internet and American life project (2003). *Internet health resources: health searches and email have become more commonplace, but there is room for improvement in searches and overall*. [En red] Disponible en: [www.pewinternet.org/PPF/r/95/report\\_display.asp](http://www.pewinternet.org/PPF/r/95/report_display.asp) (Extraído el 15 de febrero de 2008).
- Risso, A. (2001). ¿Experimentos psicológicos a través de Internet? Barcelona: *Anuario de Psicología*, 32, 2.
- Shapiro, A.L. (2001). *El mundo en un clic*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Stead, L.F., Perera, R. y Lancaster, T. (2006). *Telephone counselling for smoking cessation*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Oxford: Update Software Ltd.
- Steffens, K. (2001). Self-regulation and computer based learning. Barcelona: *Anuario de Psicología*, 32, 2.
- Suler, J. (2000). Ethic in cyberspace research. Disponible en: [www.usnrider.edu/~suler/psyber/ethics.html](http://www.usnrider.edu/~suler/psyber/ethics.html)
- Yellowlees, P.M. (2002). Clinical principles to guide the practice of e-Therapy. En: Robert C. Hsiung (Ed.), *E-Therapy. Case studies, guiding principles, and the clinical potential of the Internet*. New York: A Norton Professional Book.
- Zhu, S.H., Anderson, C.M., Johnson, C.E., Tedeschi, G. y Roeseler, A. (2000). A centralized telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control*, 9 (Suppl.II), ii48-ii55.