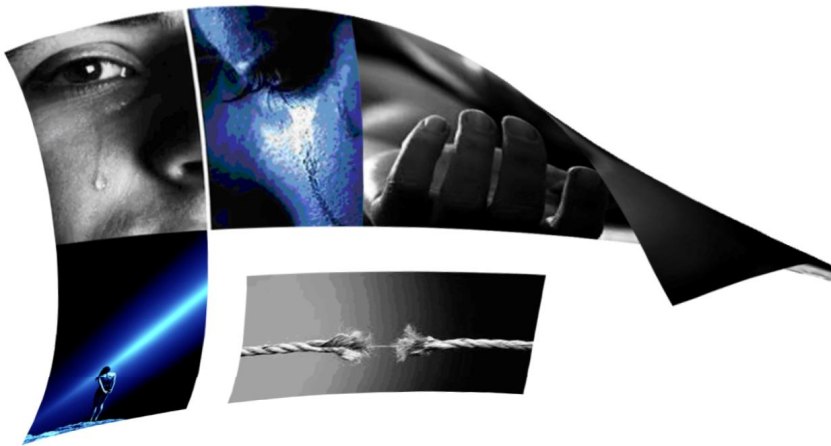


Telesalud: Intervención en crisis a través de la comunicación online

Silvia López Toledo
Tesis Doctoral - Bilbao 2012



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Facultad de Psicología y Educación

(Tercer Ciclo)

Programa de Psicología: Salud y Familia

TELESALUD: INTERVENCIÓN EN CRISIS

A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN

ONLINE

Tesis doctoral presentada por Doña Silvia López Toledo

Dirigida por el Dr. Don Luis De Nicolás y Martínez

Bilbao, Julio de 2012

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Facultad de Psicología y Educación

(Tercer Ciclo)

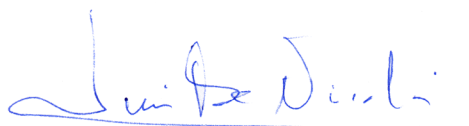
Programa de Psicología: Salud y Familia

**TELESALUD: INTERVENCIÓN EN
CRISIS A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN
ONLINE**

Tesis doctoral presentada por Doña Silvia López Toledo

Dirigida por el Dr. Don Luis De Nicolás y Martínez

Bilbao, Julio de 2012



El Director



La Doctoranda

A mi marido Iván porque ha sufrido en sus carnes los ánimos y desánimos de esta tesis. Le doy las gracias por su apoyo incondicional y su habilidad para hacerme desconectar del trabajo.

Agradecimientos

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han orientado y contribuido a que este trabajo se llevara a cabo.

En primer lugar, agradecer a mis padres, Jesús y Begoña, la confianza que siempre han depositado en mí y el apoyo que, junto como mi hermano Mikel e Isabel, abuela Filo y tías me han proporcionado en todo momento, así como a los que se han ido. A Adrián y Blanqui, que siempre me han demostrado su apoyo y confianza y allí donde estén, seguro lo siguen haciendo.

A las/os que han sido mis compañeras/as en el Servicio Telecuidado de la Salud Psíquica, en concreto a Elisa Sainz, que me ha estado apoyando en todo momento y ha contribuido en las tareas del día a día con toda amabilidad y profesionalidad.

A las Juntas Generales de Álava que han dado la posibilidad de subvencionar con una aportación económica, durante diferentes años, a través de la Fundación Itxaropena y del Instituto Foral de Bienestar Social de la Excelentísima Diputación Foral de Álava, lo cual ha permitido desarrollar este ambicioso proyecto “Programa de Telecuidado de la Salud Psíquica”.

A las personas responsables del Gabinete Psicológico Instituto de Relaciones Humanas Vitoria-Gasteiz por prestarnos sus recursos y hacer que el lugar de trabajo fuera acogedor.

A mi prima Dra. Usue Pérez que en todo momento ha estado disponible para resolver cualquier duda y por su valioso asesoramiento, y por sus palabras de ánimo que han hecho que este momento llegara.

A las personas que participaron voluntariamente en este estudio, por su confianza en el tratamiento y su voluntad para mejorar su calidad de vida.

A todos mis amigos y amigas, quienes constantemente se han preocupado por el desarrollo de mi trabajo, directa o indirectamente, siendo conscientes o no de su labor, y que me han prestado su aliento y cariño durante el proceso.

Y cómo no, al Dr. Luis De Nicolás, y sus compañeros de la Universidad de Deusto, por la dirección de este trabajo, así como por su apoyo, comentarios, correcciones, críticas y sugerencias a lo largo de las sucesivas versiones de esta investigación. También pienso que soy una persona afortunada, ya que he tenido la oportunidad de formarme al lado de una persona que irradia sabiduría y entusiasmo por la psicología.

INDICE

Abreviaturas utilizadas	V
Índice de tablas	VII
Índice de figuras (gráficos)	VIII
Guía de apéndices	X
Introducción	1
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 1. INTERVENCIÓN EN CRISIS: CONCEPTOS Y REALIDADES	11
1.1. Concepto de crisis	12
1.2. La intervención en crisis.....	13
1.3. Señales y síntomas de una persona en crisis.....	16
1.4. Principios clínicos de la intervención en crisis	18
1.5. Intervención en un primer y segundo momento	19
1.6. Teléfono de Esperanza y Samaritans	20
CAPÍTULO 2. EL CIBERESPACIO EN NUESTRAS VIDAS	27
2.1. Tres teorías para explicar cómo son experimentados los entornos en el ciberespacio	28
2.2. Telemedicina y estilo de vida	31
2.2.1. Nuevos retos para la salud: alternativas de intervención	33
2.2.2. Estudios y características de la tecnología aplicada a la salud	34
CAPÍTULO 3. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES TÉRMINOS	39
3.1. Historia	39
3.2. Telesalud: cuidado de la salud a distancia.....	40
3.2.1.- Desarrollo de conceptos.....	40
3.2.2.- Soluciones que ofrece la telesalud e internet para los problemas del cuidado de la salud	45

CAPÍTULO 4. LA INTERVENCIÓN EN CRISIS: MODALIDADES Y HERRAMIENTAS.....	49
4.1. Modalidades de interacción entre usuario y profesional: la CMC	49
4.2. Pros y contras de la CMC síncrona y asíncrona en internet y la intervención en crisis	49
4.3. Email.....	52
4.4. Chat por internet.....	54
4.5. Video teleconferencia	54
4.6. Otras modalidades y herramientas	55
4.6.1. Newsgroups (Usenet): grupos de discusión y noticias	55
4.6.2. Listservs: listas de distribución.....	55
4.6.3. Páginas web	55
4.6.4. Hipermedia compartida.....	56
4.7. Grupos sociales nacidos en la red: una realidad en expansión	56
 CAPÍTULO 5. EL USO DE INTERNET COMO APOYO A LOS ESTADOS DE CRISIS.....	 59
5.1. Instituciones que utilizan internet como apoyo a los estados de crisis.....	59
5.1.1. SAHAR	59
5.1.2. Consulta online en la UMA.....	62
5.1.3. El modelo de Patricia Mulcahy Boer	64
5.2. Grupos de autoayuda online.....	66
5.3. La aplicación de software para manejar situaciones de crisis eficazmente	68
5.3.1. Programas de autoayuda.....	68
 CAPÍTULO 6. EL ANALISIS DE TEXTOS E INTERNET.....	 72
6.1. Dimensiones del LIWC	72
6.2. Estudios relacionados con el LIWC	73
6.3. Otros estudios: efectos psicológicos y culturales de las palabras	75
6.4. Las teorías de la depresión y las palabras	77
6.5. Crisis y escritura expresiva	78

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO	83
CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	85
1.1. Población objetivo y ubicación espacio temporal.....	85
1.2. Planteamiento y objetivos.....	85
1.3. Hipótesis	87
1.4. Operacionalización de variables	88
1.5. Instrumentos utilizados para la recogida de datos	92
1.6. Justificación de la metodología utilizada.....	95
1.7. Procedimiento de la investigación	97
1.8. Estadística	98
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....	100
2.1. Género, problemática, medio utilizado y agradecimientos	102
2.1.1. Distribución del género según las personas participantes.....	102
2.1.2. Utilización de medios según las personas participantes	102
2.1.3. Utilización del medio según el género.....	103
2.1.4. Distribución y tipología de la problemática presentada según las personas participantes	104
2.1.5. Distribución de la problemática presentada según el género	107
2.1.6. Distribución de la problemática según el medio utilizado	111
2.1.7. Respuesta de agradecimiento según las personas participantes	114
2.1.8. Distribución del género según la respuesta de agradecimiento.....	114
2.1.9. Tipología de la problemática y respuesta de agradecimiento.....	115
2.1.10. Medio utilizado según la respuesta de agradecimiento.....	118
2.2. Apareamiento de edad con el género y la problemática.....	119
2.3. Análisis de textos mediante el LIWC.....	124
2.4. Análisis de los cuestionarios de satisfacción.....	138
CAPÍTULO 3. DISCUSIÓN.....	149
3.1. Género y edad	149
3.2. Medios utilizados	151
3.3. Descripción de la problemática y necesidades de los usuarios.....	154
3.4. Palabras de agradecimiento en las respuestas de los usuarios.....	157
3.5. Análisis de textos mediante el programa LIWC	157

3.6. Análisis del servicio mediante un cuestionario de satisfacción.....	159
Conclusiones.....	163
Limitaciones	167
Posibles líneas de investigación.....	169
Referencias bibliográficas.....	171
Apéndice	211

ABREVIATURAS UTILIZADAS

- AIMC.** Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación
- AN.** Anorexia Nerviosa
- AOL.** American On Line
- APA.** American Psychiatric/Psychological Association
- APG.** Assessment of Personal Goals
- BN.** Bulimia Nerviosa
- BtB.** Beat the Blues
- CD.** Compac Disk
- CIE.** Clasificación Internacional de Enfermedades
- CMC.** Computer Mediated Communication
- DE.** Desviación Típica
- DSM.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ES.** Error Standar
- H.** Hipótesis
- ICQ.** I seek you
- INE.** Instituto Nacional de Estadística
- IRC.** Internet Relay Chat
- ISMHO.** International Society for Mental Health Online
- ISPs.** Internet Service Providers
- LIWC.** Linguistic Inquiry and Word Count
- M.** Media
- MSN.** Microsoft Network
- MUD.** Multi-user Dungeons
- NBCC.** National Board for Certified Counselors
- OMS.** Organización Mundial de la Salud
- RV.** Revisión de Vida
- SAHAR.** Acrónimo hebreo de Apoyo y Escucha en la Red (Support and Listening on the Net)
- SHs.** Shared Hypermedia
- SIH.** Sangre/Inyecciones/Heridas
- TA.** Trastorno del Aprendizaje
- TAPIR.** The Anxiety Panic Internet Resource

TCA. Trastornos de Conducta Alimentaria

TDAH. Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad

TICs. Tecnologías de la Información y Comunicación

UMA. Universidad de Málaga

VTC. Video Tele Conference

WHO. World Health Organization

WWW. World Wide Web

ÍNDICE DE TABLAS

1. Los 10 primeros países en nivel de integración de Internet (2008-2009).....	3
2. Sucesos que pueden precipitar una crisis	15
3. Signos y síntomas comunes de reacciones psicológicas a las crisis	17
4. Perfil de una persona en crisis	18
5. Tipología de llamadas en la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava.....	21
6. Patrones de las consultas clínicas en las educación.....	35
7. Total Consultas Online UMA, año 2001.....	63
8. Distribución de los grupos: grupos experimentales y control	96
9. Clasificación general de los casos	100
10. Distribución del género según las personas participantes.....	102
11. Utilización de medios según las personas participantes.....	103
12. Utilización del medio según el género	104
13. Tipología de la problemática según las personas participantes	105
14. Distribución de la problemática según el género.....	109
15. Distribución de la problemática según el medio utilizado	113
16. Respuesta de agradecimiento según las personas participantes	114
17. Distribución del género según la respuesta de agradecimiento.....	115
18. Tipología de la problemática y respuesta de agradecimiento.....	116
19. Medio utilizado según la respuesta de agradecimiento.....	119
20. Distribución de la edad según las personas participantes	119
21. Media de edad según la problemática	123
22. Total de palabras y categorías de palabras según la problemática	125
23. Total de palabras y categorías de palabras según la edad	130
24. Total de palabras y categorías de palabras según el género	135

ÍNDICE DE FIGURAS (GRÁFICOS)

1. Niños españoles de 10-14 años y uso de nuevas tecnologías 2003-07	3
2. Población de 15 y más años usuaria de internet por territorio histórico	4
3. Evolución de los equipamientos TIC de los hogares en Álava.....	4
4. Contactos con Samaritans en 2005	24
5. Cuidado de la salud: resumen de términos	44
6. The Center for Career/Life Planning, año 1994.....	65
7. Tipología de la problemática según las personas participantes	106
8. Distribución de la problemática según el género	110
9. Distribución de la problemática según el medio utilizado	112
10. Tipología de la problemática y respuesta de agradecimiento	117
11. Género de los usuarios por grupo.....	120
12. Edad y género según el grupo de estado de ansiedad.....	121
13. Edad y género según el grupo de estado de desánimo	121
14. Edad y género según el grupo de estado de soledad	122
15. Edad y género según el grupo sin problemática	122
16. Media de edad según la problemática	124
17. Media del total de palabras según la problemática	126
18. Media de palabras en primera persona singular según la problemática.....	127
19. Media de palabras de emociones positivas según la problemática	128
20. Media de palabras de emociones negativas según la problemática	128
21. Media de palabras en primera persona plural según la problemática	129
22. Media de palabras sociales según la problemática.....	129
23. Media del total de palabras según la edad	131
24. Media de palabras en primera persona singular según la edad.....	131
25. Media de palabras con emociones positivas según la edad	132
26. Media de palabras con emociones negativas según la edad	132
27. Media de palabras en primera persona plural según la edad	133
28. Media de palabras sociales según la edad	133
29. Media de total de palabras según el género	135
30. Media de palabras en primera persona singular según el género.....	136
31. Media de palabras con emoción positiva según el género.....	136

32. Media de palabras con emoción negativa según el género	137
33. Media de palabras en primera persona plural según el género	137
34. Media de palabras sociales según el género	138
35. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas con estado de ansiedad.....	139
36. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas con estado de desánimo	140
37. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas con estado de soledad	141
38. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas sin problemática.....	142
39. Grado de satisfacción en la rapidez en atender según el grupo	143
40. Grado de satisfacción en la utilidad de las soluciones a las necesidades según el grupo	144
41. Grado de satisfacción en la capacidad de estar ahí cuando lo necesitas según el grupo	145
42. Grado de satisfacción en los medios con los que te atendemos según el grupo.....	146
43. Grado de satisfacción de cómo te hemos ayudado en el ámbito de la salud psíquica según el grupo	147
44. Grado de satisfacción de cómo te hemos ayudado en los momentos de crisis según el grupo	148

GUÍA DE APÉNDICES

APÉNDICE A. Recursos de la intervención en crisis online	213
Tabla 1. Recursos para la salud e intervención en crisis online	213
APÉNDICE B. Beat the Blues	214
Gráfico 1. Ideación suicida.....	214
Gráfico 2. Frecuencia de la ideación suicida.....	215
Gráfico 3. Intencionalidad suicida	215
Gráfico 4. Manejo de la crisis.....	216
APÉNDICE C. LIWC	217
Tabla 1. LIWC2007. Resultados de la información de las variables.....	217
APÉNDICE D. Descripción problemáticas con estado de ansiedad.....	219
Gráfico 1. Percepción de peligro	221
Gráfico 2. El círculo vicioso del pánico.....	221
APÉNDICE E. Descripción problemáticas con estado de desánimo.....	234
Tabla 1. Factores de riesgo y procesos asociados a la depresión	236
Tabla 2. Síntomas presentes en los procesos de duelo.....	241
APÉNDICE F. Descripción problemáticas con estado de soledad	247
APÉNDICE G. Descripción grupo sin problemáticas (control)	251
Tabla 1. Trastorno explosivo inminente según el DSM-IV	252
Tabla 2. Criterios diagnósticos de juego patológico según el DSM-IV.....	254
Tabla 3. Criterios diagnósticos del juego patológico en la CIE-10	255
APÉNDICE H. Consentimiento informado	272
APÉNDICE I. Resumen de los casos	273
APÉNDICE J. Cuestionario de satisfacción.....	306

INTRODUCCIÓN

En el año 1989, se realizó una tesis en esta universidad sobre un estudio epidemiológico de un centro de intervención en crisis. A partir de esa fecha y en las últimas décadas se ha producido un incremento de los estudios e investigaciones en relación a la organización, funcionalidad y eficacia de los teléfonos de urgencia que trabajan internacionalmente en el ámbito de la intervención en crisis. A pesar de este incremento, todavía existen lagunas que nos dificultan el conocimiento (McGuigan, 1977) en dicho ámbito. Esto nos obliga a enfrentarnos a hechos y situaciones novedosas, como en nuestro caso: El uso de diferentes formas de comunicación a través de nuevos medios, como la conexión a internet, implementando de esta manera al teléfono, principal y tradicional instrumento de comunicación utilizado en la intervención en crisis. En nuestra investigación hemos encontrado muy pocas instituciones en Europa que apliquen el uso de este novedoso método.

Este problema es una cuestión que se trata de aclarar en esta investigación, y como en la práctica nos encontramos con datos insuficientes, esperamos contribuir al avance del conocimiento en relación a la intervención en crisis a través de este novedoso medio, teniendo en cuenta además, que aunque las personas mayores tienen dificultad de accesibilidad y asequibilidad en este nuevo campo (Gómez, 2010), también utilizan, aunque en menor medida, las nuevas tecnologías. El análisis y descripción de los datos aportados por las personas participantes en el estudio (limitados por el respeto al anonimato que caracteriza a estos servicios de urgencia), nos han ayudado a estudiar el análisis de las palabras utilizadas por las personas usuarias del servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica” mediante el LIWC, Linguistic Inquiry and Word Count, (programa informático de análisis de textos), ampliamente utilizado en Psicología. También hemos elaborado un cuestionario de satisfacción enviado a los usuarios del servicio para conocer su satisfacción con el servicio ofrecido y en qué aspectos les ha ayudado.

La motivación personal y profesional para realizar este trabajo surge desde el año 2006, cuando tuve la oportunidad de desarrollarme como profesional en el programa “Telecuidado de la Salud Psíquica”, dentro de un centro de intervención en crisis, dirigido a combatir los estados de ansiedad, desánimo, y soledad, prevenir el

estrés en cuidadores y cuidadoras de familiares de enfermos/as o discapacitados/as, atender a niños/as, mujeres y ancianos/as en situación de riesgo, etc., todo ello mediante la personalizada ayuda en crisis vía internet. Mediante este programa, tratamos de disminuir la ansiedad y la angustia de los usuarios a través de la escucha y la comunicación en momentos de crisis con consejos y hábitos útiles, para afrontar la ansiedad y conseguir en dichos momentos, una mejora de la salud y calidad de vida.

La ayuda es a través de internet, mediante correo electrónico, chat, videoconferencia, dependiendo de cada caso y situación. Con respecto a la atención telefónica, he trabajado durante varios años en una línea de atención vía teléfono en situaciones de crisis, estados de ansiedad, desánimo y soledad, y me ha servido para darme cuenta de la utilidad de esta herramienta para ofrecer apoyo.

En esta tesis, como tema novedoso, damos especial énfasis a que el uso de la tecnología para dar consejo está modificando la actuación del psicólogo, desde dos puntos de vista:

1. Profesionales que desafían las nuevas oportunidades que da la tecnología.
2. Profesionales que se sienten escépticos, abrumados o incluso asustados por la intrusión inoportuna en los métodos tradicionales para proporcionar servicios de salud psíquica.

Hay razones válidas para ambos puntos de vista. Existen pocos estudios en este sentido por la novedad del tema; algunos demuestran la efectividad de internet ante problemáticas diversas de personas en crisis, dependiendo de la demanda y personalidad del individuo. Por otro lado, otros profesionales demuestran que no conviene utilizar las nuevas tecnologías para intervenir en situaciones de crisis.

Las nuevas generaciones y las nuevas tecnologías van de la mano; los hogares con niños son los mejor equipados tecnológicamente (Rodríguez, 2010). En el caso de España, la progresión con que nuestras e-generaciones se han volcado en el uso de las nuevas tecnologías es sorprendente, como puede apreciarse en la Figura 1 elaborada con los últimos datos rescatados del Instituto Nacional de Estadística

(INE) por Rodríguez (2010, p. 13). El hecho de que una abrumadora mayoría de los niños y niñas entre 10 y 14 años sean usuarios activos de internet coloca a la población infantil española en el disparadero tanto de los nuevos riesgos como de las potencialidades beneficiosas de las TIC.

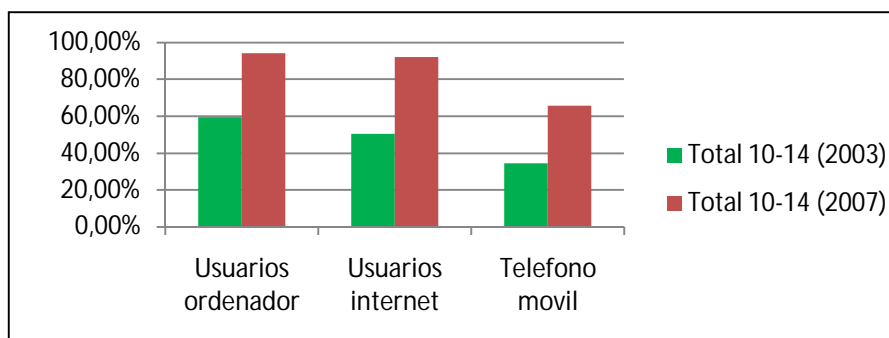


Figura 1: Niños españoles de 10-14 años y uso de nuevas tecnologías 2003-07. INE, Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares

España ocupa el puesto 34 en el último ranking elaborado en 2008-2009 por el World Economic Forum (2009), tal y como se puede comprobar en la Tabla 1.

Tabla 1. Los 10 primeros países en nivel de integración de Internet (2008-2009)

Puesto	País	Puntuación
1	Dinamarca	5,85
2	Suecia	5,84
3	Estados Unidos	5,68
4	Singapur	5,67
5	Suiza	5,58
6	Finlandia	5,53
7	Islandia	5,50
8	Noruega	5,49
9	Holanda	5,48
10	Canadá	5,41
34	España	4,50

Fuente: Sádaba (2010, p. 43)

El 59,8% de los españoles se declara usuario de internet tal y como comenta el INE (2009). Por su parte, el Instituto Vasco de Estadística (2010) investiga el incremento de la utilización de internet en los últimos años en cada territorio vasco (Figura 2).

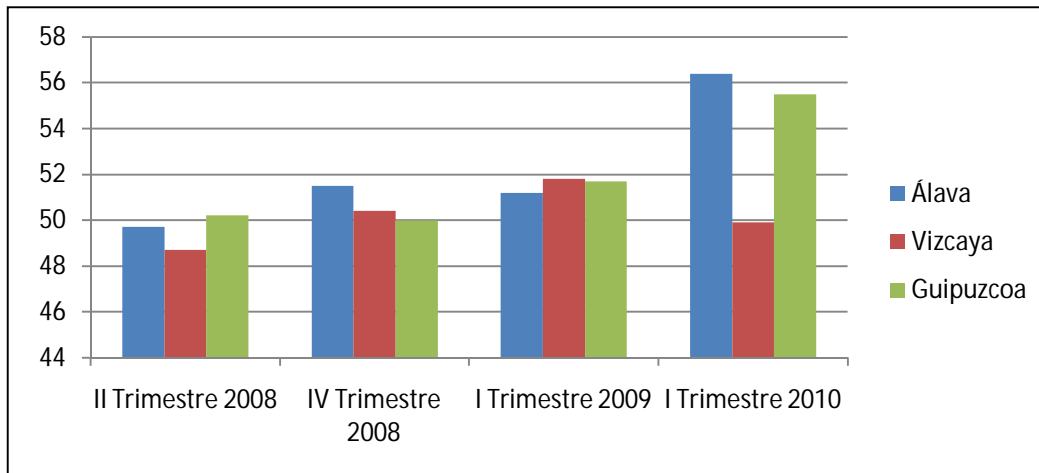


Figura 2. Población de 15 y más años usuaria de internet por territorio histórico.

Según la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC, 2009) puede decirse que comunicarse con otros, bien a través del correo electrónico, bien a través de redes sociales, e informarse, son dos de las categorías más importantes de uso, aumentando la frecuencia de utilización según pasan los años. La evolución de los equipamientos TIC de los hogares en Álava, también han sufrido un incremento considerable en los últimos años, tal y como muestra el Instituto Vasco de Estadística (2009) en la Figura 3. El número de ordenadores por hogar ha aumentado desde el año 2003 con un 45,9%, al 2008 con un porcentaje muy superior (56,9%). La utilización de internet se ha visto incrementada también, casi el doble desde el año 2003 (28,3%) al 2008 (47,8%).

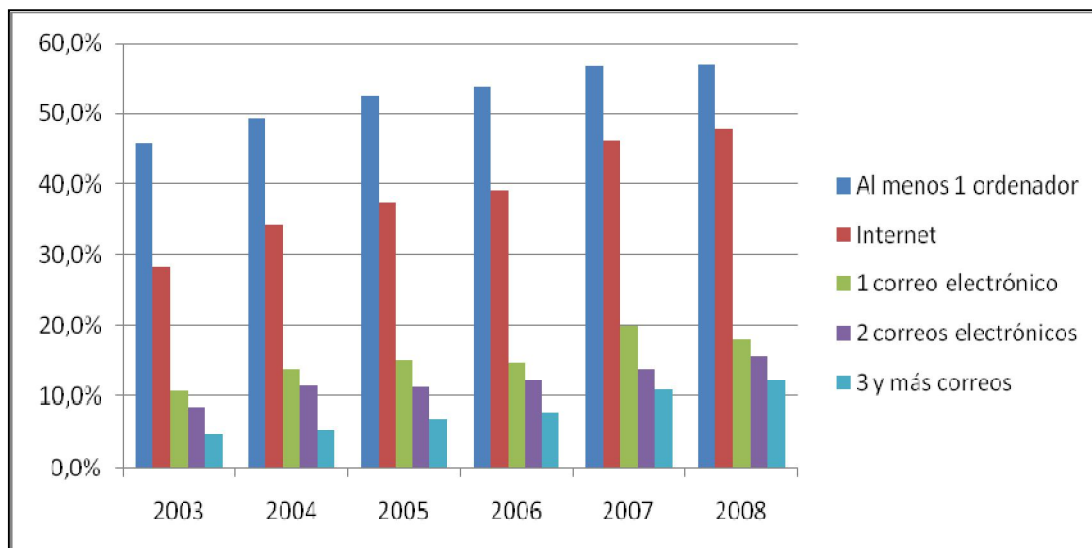


Figura 3. Evolución de los equipamientos TIC de los hogares en Álava.

En este sentido, la complementariedad entre la psicología y la tecnología es un camino sin pausa para un futuro. “Es difícil ignorar la tecnología, ya que cada vez pasa más a formar parte de nuestras vidas” (Anthony, 2003, p. 13).

La vivencia del ciberespacio puede dar lugar a proyectar en él todo tipo de fantasías y a ser usada por la gente como un lugar donde poder desahogar sus frustraciones, ansiedades y problemas más íntimos; las interconexiones de la gente estarán determinadas en gran parte por algunas características del ciberespacio: experiencia sensorial limitada, flexibilidad en la identidad y anonimato, atenuación de las diferencias entre las clases sociales, la comunicación síncrona o asíncrona, las inexistentes barreras espaciales, etc.

Así, hemos decidido hacer un análisis de las personas usuarias que acuden a nuestro centro de urgencia a través de las TICs, estudiar sus características personales (género, edad, medio elegido para contactar con el centro, problemática, etc.), estudiar si el programa informático LIWC de análisis de textos nos puede ayudar a discriminar qué tipo de palabras utilizan los usuarios dependiendo de su demanda, y el grado de satisfacción según la problemática de los usuarios con el servicio prestado, mediante un cuestionario de satisfacción. Por lo tanto, estos puntos los convertimos en el tema objetivo de esta investigación y tesis doctoral, la cual dividimos en dos partes, una teórica y otra empírica. La primera parte engloba el marco teórico, desarrollado en seis capítulos:

El capítulo 1, **Intervención en crisis: conceptos y realidades**, resume el concepto y características de la intervención en crisis englobado en el marco de los centros de urgencia, describiendo la trayectoria de estos servicios, desde el uso del teléfono hasta la actualidad con la utilización de internet.

El capítulo 2, **El ciberespacio en nuestras vidas**, analiza tres teorías para entender el lugar que ocupa el ciberespacio y qué interacciones existen con los diferentes entornos. Posteriormente, profundiza sobre el concepto de la telemedicina y las alternativas que aporta a la salud.

El capítulo 3, **Definición y análisis de los diferentes términos**, comienza con la ampliación de la terminología derivada del cuidado de la salud, revisando su historia y comparando términos como telemedicina con e-salud y telesalud, analizando este último en el sentido de mejorar el cuidado de la salud.

El capítulo 4, **La intervención en crisis: modalidades y herramientas**, expone la comunicación a través del ordenador, tipología, pros y contras, y herramientas necesarias que hay que tener en cuenta para interactuar con los usuarios.

El capítulo 5, **El uso de Internet como apoyo a los estados de crisis** describe algunas de las organizaciones más importantes que apoyan el uso de internet para estados de crisis. Explica la eficacia de su labor, con datos cuantitativos y cualitativos que confirman su utilidad y adecuación. La aplicación de software para manejar situaciones de crisis eficazmente es otro punto que se desarrolla en este capítulo.

El capítulo 6, **Análisis de textos e internet**, recoge las dimensiones del programa informático de análisis de textos, y los estudios relacionados con este medio e internet para conocer la escritura expresiva en momentos de crisis de personas que escriben en internet sus estados de ánimo.

La segunda parte corresponde al estudio empírico y consta de tres capítulos:

El capítulo 1, **Metodología del estudio**, desarrolla la ubicación espacio-temporal y la población objetivo de estudio, planteamiento, objetivos del estudio e hipótesis; se presenta la operacionalización de variables, los instrumentos utilizados para la recogida de datos, la justificación de la metodología utilizada, el procedimiento de la investigación y la estadística.

En el capítulo 2, **Análisis de los resultados obtenidos**, se presentan las problemáticas, los resultados de la investigación y su interpretación relacionando las variables entre sí, así como el análisis estadístico.

El capítulo 3, **Discusión**, está dedicado a la discusión de resultados, confrontando las variables con la opinión de otros autores, y por último se presentan las conclusiones correspondientes y hallazgos de la investigación, analizando también las dificultades y limitaciones de la investigación, y posibles líneas de investigación.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. INTERVENCIÓN EN CRISIS: CONCEPTOS Y REALIDADES

Los servicios de ayuda están influidos por las condiciones sociales, económicas y tecnológicas del momento. Esto mismo ocurre con las “línea de urgencia”; la intervención en crisis por teléfono supuso una revelación alrededor del año 1950 y se convirtió en la columna vertebral del movimiento de prevención del suicidio y creció rápidamente debido al alto grado de aceptación, satisfacción y eficiencia que los propios usuarios del servicio transmitían (Slaikeu y Leff-Simon, 1988).

El desarrollo de las primeras técnicas, y cómo usar el teléfono en las intervenciones con personas con ansiedad, angustia, en soledad y/o deprimidas (motivado por conflictos familiares, de pareja, problemas de alimentación, fobias, etc.), se atribuye a *Los Angeles Suicide Prevention Center* (McGee, 1974). Este servicio pionero entrenó a profesionales para aconsejar y orientar, proporcionándoles instrucciones acerca de cómo atender a los usuarios en crisis. Por vía telefónica establecieron la infraestructura para el rápido fomento de estos centros a través del país. Con los años, los centros de intervención en crisis vía teléfono cambiaron su enfoque y pasaron de la intervención en crisis y el suicidio, a la intervención en crisis y el estrés de la vida (Haywood, 1977). Este último engloba:

- 1.- La ayuda prestada a los usuarios en crisis para resolver los problemas, basándose en un modelo holístico del funcionamiento humano, dirigido a formar habilidades vitales que reduzcan el estrés generado por su situación actual.
- 2.- Un trabajo con los usuarios preventivo y de mejora en la calidad de vida, al facilitar el crecimiento a través de la resolución de la crisis, mediante el desarrollo de programas preventivos.

Por lo tanto, en muchos momentos de las líneas de atención telefónica de urgencia (que en España corresponde a Teléfonos de Esperanza), el profesional trata de conseguir que el usuario reconsidere una solución, y generar tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas de la persona.

Existen muy pocos estudios sobre la relación entre el proceso de la orientación y ayuda telefónica en momentos de crisis y la respuesta del usuario (satisfacción del servicio). Esto significa que, actualmente, sabemos muy poco sobre el impacto que los teléfonos de ayuda tienen sobre cómo resuelven los usuarios sus crisis. Esto ocurre porque se desconoce quién es el usuario, dado que se parte desde el principio del anonimato, lo que, por un lado, resulta ser una ventaja para los usuarios, pero una desventaja para la investigación. Otra desventaja de la atención telefónica que ofrece ayuda a una persona en crisis es que tiene lugar sin el beneficio de los indicios no verbales, como gestos y lenguaje corporal, y depende de lo comunicado entre el profesional y persona usuaria (Slaikeu y Leff-Simon, 1988), lo que supone, como ventaja, un aumento de control por parte del usuario que contacta vía telefónica.

La orientación telefónica reduce la dependencia del usuario hacia el profesional; a la mayoría de los usuarios solo se les pide su nombre, ya que los consejos y orientaciones que se les dan en particular no deben producir el fenómeno de la dependencia. Otra característica de la atención telefónica es su accesibilidad; la mayoría de la gente tiene teléfono y el coste por su uso es bajo; la accesibilidad es importante para los usuarios en crisis. Por último, se puede disponer de la ayuda en cualquier momento del día o noche; casi todos los servicios están abiertos las 24 horas durante todo el año, lo que significa que la asistencia está disponible, con el tiempo de espera mínimo. Ante estos pros y contras, consideramos que es un avance poder utilizar los emails, ya que nos acercan a aquellas personas que pueden utilizar esta vía de acción y su propia escritura, la cual analizamos con metodología empírica en nuestra investigación.

Dejando de lado por el momento el desarrollo, evolución y características de los medios de atención a la ciudadanía en momentos de necesidad emocional, vamos a detallar el propio concepto de “intervención en crisis” que da título a esta investigación y así poder entender el estado anímico en el que se encuentran los usuarios que han acudido a este servicio.

1.1. CONCEPTO DE CRISIS

A lo largo de la vida se producen crisis que interrumpen de forma brusca el curso normal de nuestra propia historia. Estas pueden ser de tipo evolutivo, las cuales son previsibles, consustanciales al paso del tiempo y a la consecución de etapas vitales, o bien circunstanciales o accidentales, sobrevenidas e inesperadas. Tienen en común que interrumpen nuestra trayectoria vital generando cambios en nuestro equilibrio emocional.

Del modo en que superemos estas crisis dependerá el restablecimiento saludable de dicho equilibrio emocional y continuemos con una vida satisfactoria o por el contrario, se produzca un deterioro que haga que no avancemos y nos quedemos estancados en este momento de la vida y que, a partir de aquí, nuestra vida gire en torno a este suceso sin conseguir progresar (Fernández, 2010).

Diversos factores van a influir en cómo vivamos las situaciones críticas y cómo las incorporemos en nuestra vida para continuarla de la forma más satisfactoria posible. Variables personales, familiares, sociales, del propio hecho en sí mismo y sus consecuencias ejercerán su influencia para determinar las reacciones que se produzcan ante la crisis y su recuperación.

A pesar de todas las definiciones y tipos de crisis, la indicación de la intervención en crisis no puede establecerse en función del ajuste de la situación que motiva la demanda, a un repertorio de escenarios tipo acaecidos en el curso de circunstancias catalogables como crisis (Fernández, 2010): No todas las situaciones “críticas” para unos, lo son para otros; no todas las manifestaciones de crisis son patognomónicas; no todas las personas necesitan lo mismo ante la misma situación crítica; y no todas las personas están preparadas para recibir apoyo psicológico en un mismo momento.

1.2. LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El manejo de crisis (Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin y Brown-Connolly, 2005) conduce a un riesgo. Es una cuestión de grado. Como comenta Fernández (2010), no hay definición estándar de una crisis. En la práctica, designar a una situación como crisis es un mecanismo para justificar un curso de acción

seleccionado en base a numerosas consideraciones, muchas de las cuales puede estar sujetas a argumentos difíciles de describir. Sin embargo, Symons (1980) propone tres principios básicos de la intervención en crisis:

- 1.- Ayudar a restablecer la sensación de control del usuario.
- 2.- Ayudar a reducir su aislamiento, mediante una conducta acogedora.
- 3.- Procurar disminuir los sentimientos de desesperanza e indefensión de la persona, ayudándole a diseñar un plan para afrontar el presente y futuro.

De Nicolás, Artetxe, Jauregi y López (2000) explican que cuando el nivel normal de funcionamiento de las personas se interrumpe por un acontecimiento inusual debido a factores aislados, múltiples o en serie, se llega como consecuencia de la tensión de la vida y del estrés, al estado llamado crisis, cuando la cantidad o proporción de tensión y de estrés es inusual y las habilidades de afrontamiento se tornan elevadamente ineficaces. Si las habilidades fallan es normal que se intente resolver los problemas y manejar la tensión de un modo ineficaz con conductas poco adaptables e ineficaces cayendo en una espiral descendente de inadaptación. Entonces, la intervención en crisis sería útil para poner en acto acciones que puedan interrumpir la espiral descendente, de una manera hábil y con la mayor rapidez posible, de tal manera que la persona en crisis pueda retornar a un nivel de afrontamiento lo más cercano posible al que tenía previamente a la crisis. Por ello, “la intervención psicológica busca restaurar la capacidad de los individuos para afrontar y resolver situaciones estresantes al igual que proporcionar asistencia a las personas para reorganizar e integrar sus nuevos mundos” (Cohen, 1986, p. 69).

Una crisis ocurre cuando “una persona se enfrenta con una situación peligrosa o seriamente estresante donde sus mecanismos habituales de resolución de problemas no tiene éxito. Puede desencadenar ansiedad, miedo, culpa y vergüenza, sentimientos de impotencia o desesperanza, una sentido de desorganización o enojo” (Enrenreich, 1999, p. 52).

La intervención en crisis es “un grupo de técnicas dirigidas a ayudar a la persona en crisis a recobrar el control sobre la situación de crisis. Un poco de apoyo y ayuda enfocada en tal momento, dirigidos a ayudar a que la persona en crisis

obtenga control sobre la situación de crisis, puede prevenir dificultades futuras. La intervención en crisis puede ser enfocada en un individuo, varias personas juntas o pequeños grupos (incluyendo una unidad familiar)” (Enrenreich, 1999, p. 52).

Para González de Ribera (2001), la crisis es un síndrome agudo de estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. El éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración. La intervención requiere consideración del tipo y fase de la crisis, de la personalidad y experiencias críticas del sujeto, y de los condicionantes socioculturales del entorno. Siguiendo a González de Rivera (2006) podemos entender la crisis como una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida.

Greenstone y Leviton (1993), presentan un listado de diferentes sucesos que pueden precipitar una crisis (Tabla 2) y comentan que aunque una situación estresante particular no pueda inducir una crisis, una combinación de varios sucesos estresantes puede llevar al individuo a un punto de crisis y además, estos sucesos deben ser entendidos desde las perspectivas de los que sufren la crisis.

Tabla 2. *Sucesos que pueden precipitar una crisis*

Un accidente en el hogar.	Un episodio delincuente tanto	Dificultades sexuales.
Un accidente automovilístico, con o sin lesiones.	en la infancia como en la	Cambio importante en las condiciones de vida.
Ser arrestado; presentarse en el juzgado.	madurez (en la infancia: faltar a clase o escaparse de casa; en la	Ganar un nuevo miembro familiar (por ejemplo: nacimiento, adopción, o padres o hijos adultos que se mudan).
Cambios en la situación laboral y en los ingresos que implican tanto promoción como degradación.	madurez: no poder pagar las deudas).	Tratar con una familia mixta (reunida).
Cambio de status escolar. significativa en la vida de uno.	Ingresar en la escuela o en la universidad.	Pérdida del derecho a redimir una hipoteca o crédito.
Divorcio o separación.	Aborto o embarazo fuera del matrimonio.	Muerte, pérdida real o inminente de alguien significativo en la vida de uno.
Retiro.	Enfermedad física.	
	Episodios agudos de trastorno mental.	
	Desastre natural.	

Fuente: De Nicolás et al. (2000)

1.3. SEÑALES Y SÍNTOMAS DE UNA PERSONA EN CRISIS

La lista siguiente son señales y síntomas de una persona que puede caer en una crisis y que pueden servir como guía para reconocer la necesidad de intervención:

- Alienación de las relaciones personales duraderas y significativas.
- Incapacidad para usar los sistemas de apoyo vital tales como la familia, amigos o grupos sociales.
- Dificultad en aprender de la experiencia, el individuo continúa cometiendo los mismos errores.
- Una historia de experiencias de crisis previas que no han sido resueltas efectivamente.
- Una historia de trastorno mental o desequilibrio emocional severo.
- Sentimientos de baja autoestima.
- Comportamiento provocador, impulsivo, consecuencia de un conflicto interno no resuelto.
- Una historia de relaciones matrimoniales pobres.
- Uso excesivo de drogas, incluso abuso del alcohol.
- Ingresos o rentas marginales.
- Falta de trabajo regular, satisfactorio.
- Lesiones físicas frecuentes o inusuales
- Cambios frecuentes de residencia.
- Encuentros frecuentes con la ley.

Existen una serie de signos y síntomas comunes de reacciones psicológicas a las situaciones de crisis, desde las correspondientes a la sintomatología física y emocional, hasta los aspectos cognitivos y conductuales, como podemos observar en la Tabla 3.

Tabla 3. *Signos y síntomas comunes de reacciones psicológicas a las crisis*

Físicas	Emocionales	Cognitivas	Conductuales
Sofocos	Inseguridad	Confusión	Retiro/abandono
Mareos	Ansiedad generalizada	Duración pobre de la atención	Arranques de enfado/ira
Cansancio	Incertidumbre	Concentración pobre	Cambios en el apetito
Agotamiento	Desgracia/pena	Dificultades en la toma de decisiones	Uso excesivo del número de bajas de enfermedad
Tensión muscular	Indefensión	Pérdida de confianza	Abuso del alcohol o de drogas
Palpitaciones	Entumecimiento	Flashbacks (escenas retrospectivas)	Dificultad de funcionamiento a un nivel de capacidad normal
Dificultades para respirar	Pánico	Pesadillas	Visitas frecuentes al médico con quejas inespecíficas
Dolores de cabeza	Shock	Preocupación con la crisis de la exclusión de otras áreas de la vida	Pérdida del deseo de asistir a los servicios religiosos
	Culpa de superviviente		Trastornos del sueño
	Desesperación		Cambio de actividad
	Sentirse fuera de control		Aumento de la fatiga
	Enfado		Actos antisociales
	Indignación		Enfado hacia Dios
	Ansiedad anticipatoria		Irritabilidad
	Depresión		Regresión
	Negación		Insensibilidad
	Miedo		Llorar
	Fatiga		Cambios en la comunicación
			Reacciones histéricas
			Disminución del rendimiento laboral

Fuente: De Nicolás et al. (2000, p. 72)

También podemos considerar el perfil de una persona en crisis y reconocerla según el estado emocional en que se encuentran asociado a una supuesta verbalización como ejemplo referente para su reconocimiento e inmediata intervención, como se puntualiza en la Tabla 4.

Tabla 4. *Perfil de una persona en crisis*

Aturdimiento	“Nunca me sentí así antes”
Peligro	“Estoy tan nervioso y asustado”
Confusión	“No puedo pensar claramente”
Desesperación	“Tengo que hacer algo”
Apatía	“Nada me puede ayudar”
Indefensión	“No puedo cuidar de mí mismo”
Urgencia	“¡¡¡¡¡Necesito ayuda ahora!!!!!!”
Disconfort	“Me siento miserable, inquieto e inestable”
Impasse	“Me siento parado; nada de lo que hago ayuda”

Fuente: De Nicolás et al. (2000, p. 73)

1.4. PRINCIPIOS CLÍNICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Los objetivos de la intervención dirigidos a una persona en crisis son los siguientes, según resume García (2010): Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción; restauración de un nivel de funcionamiento mínimo: cognitivo, afectivo y somático, interpersonal y conductual; cierta comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio; identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: personales, familia, profesionales, comunidad, etc.; iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido; desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos; orientar a otros profesionales para dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posterior; y lo principal es ayudar a la persona a recuperar su nivel de funcionamiento emocional equilibrado, que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, o potencializar su capacidad creativa para superar el momento crítico.

1.5. INTERVENCIÓN EN UN PRIMER Y SEGUNDO MOMENTO

La intervención en crisis en un primer momento, abarca la asistencia inmediata, y de modo usual, lleva sólo una sesión (encuentro interpersonal). La intervención en crisis pretende ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda. Aún más, esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad en el momento.

La intervención en crisis en un segundo momento o terapia psicológica, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato, y se encamina a la resolución de la crisis, de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida en la persona alterada. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

Según De Nicolás y sus colaboradores (2000), la intervención en crisis (o manejo de la crisis) y consejo se deben separar tanto en términos de funcionamiento como de aplicación. La intervención o manejo en crisis es un intento de tratar rápidamente un problema inmediato porque a menudo exige proporcionar a las personas lo que ellas no pueden proporcionarse.

Nunca deben confundirse psicoterapia e intervención en crisis, pues, si se hiciera así, se negaría a las víctimas lo que necesitan en un momento muy crítico de sus vidas y como dice Corsini (1983) asumir que la intervención en crisis y psicoterapia son lo mismo, sería perjudicar a las personas necesitadas de ayuda y apoyo inmediato. Por lo tanto no se puede hacer una intervención en crisis de las llamadas “segundo momento”, ya que lo fundamental y crítico es el “primer momento”.

Psicoterapia, consejo de crisis, psicoterapia a corto plazo o breve, u otras formas de intervención terapéutica pueden ser técnicas apropiadas después de la intervención en crisis. Los que intervienen no deben solucionar problemas sino ayudar a la persona a que maneje su crisis de una manera breve, de tal forma que,

como afirma Rosenbluh (1981), la intervención en crisis sea la primera ayuda emocional, o el equivalente emocional de la primera ayuda física aplicada de un modo temporal y hábil, que permita a los individuos maximizar su implicación en psicoterapia si fuere posteriormente necesario. Si la víctima necesitara atención después de la intervención, la derivación a una terapéutica apropiada a corto o largo plazo sería solamente una responsabilidad diferente a la responsabilidad del que interviene. Así, en ciertos países se prohíbe que el que haya intervenido en la crisis del usuario, realice posteriormente una terapia con el mismo usuario.

La intervención en crisis es una modalidad de actuación diseñada para ayudar a personas que estén sufriendo una crisis, independiente del diagnóstico psicopatológico que se asocie con ellas. Así, desde la misma manera que existen diversas clases de crisis, desde madurativas hasta situacionales, desde universales hasta exclusivamente individuales, existen diferentes técnicas y modalidades de actuación que se han utilizado para intervenir en una crisis (Martínez, 2005).

Aunque no hay una definición de intervención en crisis estándar, muchos autores han propuesto ideas y principios básicos para aclarar este concepto, resumiendo que, por ejemplo, la intervención en crisis ayuda a restablecer la sensación del control de los usuarios, lo cual ayuda a su vez a reducir el aislamiento, o a disminuir los sentimientos de desesperanza, restaurando la capacidad para afrontar y resolver situaciones estresantes, tal y como afirman los usuarios de los teléfonos de intervención en crisis. La intervención se debe realizar sin patologizar y sin alarmar; con la intención de dar apoyo, normalizando y buscando fortalezas de la propia persona. No podemos olvidar que la ansiedad o el sufrimiento de por sí no son trastornos psicológicos. Muchos de los sujetos que viven una experiencia traumática experimentan en los primeros momentos reacciones disfuncionales de estrés, que no deben ser considerados como patológicas, sino más bien reacciones normales ante situaciones anormales.

1.6. TELÉFONO DE ESPERANZA Y SAMARITANS

Habiendo trabajado en la provincia de Álava en las líneas telefónicas de atención en situaciones de crisis, y en concreto en la Asociación Teléfono de

Esperanza y Amistad de Álava, con una población de 319.011 habitantes, de los que 160.064 son mujeres y 158.947 hombres, esta Asociación (2010) recibe en torno a 3.004 llamadas anuales y según el género, predominan las llamadas realizadas por mujeres, con un 66,71%. En la Tabla 5 se especifica en porcentajes las características y tipología presentadas en las llamadas.

Tabla 5. *Tipología de llamadas en la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava*

TIPOLOGÍA	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Agradecimientos	0,10 %	0,08 %	1,22 %	0,68 %
Alcoholismo	0,20 %	0,16 %	1,14 %	0,77 %
Angustia	9,30 %	15,42 %	8,14 %	11,25 %
Anorexia	0,01 %	0,00 %	0,10 %	0,00 %
Bromas, insultos	0,10 %	0,05 %	0,14 %	0,22 %
Bulimia	0,01 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Conducta suicida	0,15 %	0,30 %	0,35 %	0,44 %
Crisis de pareja	1,01 %	0,82 %	1,49 %	0,88 %
Crisis familiar	1,94 %	1,57 %	5,10 %	7,94 %
Demanda de amigos	0,30 %	0,35 %	0,25 %	0,39 %
Demanda de trabajo	0,12 %	0,05 %	0,08 %	0,11 %
Depresión	2,78 %	3,33 %	8,59 %	3,36 %
Drogodependencias	0,43 %	3,99 %	1,45 %	4,08 %
Información de la Asociación	4,27 %	1,84 %	3,86 %	2,92 %
Información general	1,29 %	0,99 %	2,14 %	1,71 %
Ludopatías	0,02 %	0,05 %	0,02 %	0,00 %
Malos tratos	0,25 %	0,05 %	0,25 %	0,06 %
Niño/Adolescente con problemas	0,15 %	0,11 %	0,04 %	0,06 %
No contestadas /errores	0,58 %	0,46 %	0,88 %	0,60 %
Oferta de recursos	0,05 %	0,00 %	0,04 %	0,06 %
Ofrecimiento como colaborador	0,20 %	0,05 %	0,20 %	0,33 %
Problema ético-moral	0,55 %	0,55 %	0,63 %	0,50 %
Problemática social, marginación	43,51 %	47,16 %	59,66 %	56,67 %
Problemas psicológicos varios	77,48 %	84,49 %	77,01 %	63,03 %
Problemática jurídica	0,58 %	0,30 %	0,25 %	0,39 %
Problemática sentimental	2,78 %	0,68 %	0,86 %	1,43 %
Problemática sexual	0,50 %	0,63 %	0,61 %	0,77 %
Racismo	0,07 %	0,05 %	0,00 %	0,00 %
Sectas	0,00 %	0,02 %	0,02 %	0,00 %
SIDA	0,07 %	0,05 %	0,41 %	0,00 %
Soledad e incomunicación	73,81 %	83,77 %	78,38 %	79,38 %
Tercera Edad	0,15 %	0,74 %	0,18 %	0,39 %
Varios	6,37 %	3,85 %	1,00 %	3,42 %

Fuente: Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava (2007, 2008, 2009 y 2010)

Esta Tabla es copia fiel de los boletines de dicha Asociación pero para el propósito en esta tesis se destacan las principales problemáticas por las cuales la población acude al teléfono de intervención de dicha Asociación. Del total de

problemáticas, tres son las predominantes, la ansiedad, la soledad y los estados de desánimo, generalmente conceptualizados bajo el término de depresión.

Los Samaritans (2010) ofrecen ayuda (vía online, entre otros medios) a personas en riesgo de suicidio o que necesitan orientación para toma de decisiones que tienen que ver con la trayectoria de su propia vida. Trabajan para aliviar la carga emocional y angustia y reducir la incidencia de los sentimientos y comportamientos suicidas. Se trata de una red de más de 360 centros de voluntarios en 29 países (Irlanda, Londres, Escocia, Gales, etc.) y en 6 continentes. Proporcionan ayuda a los necesitados de apoyo emocional, y permiten a las personas explorar sus sentimientos de forma confidencial y sin prejuicios. Del total de personas que han contactado con este servicio en 2007, el 74,50% son mujeres y el 22,30% hombres (Ferns, Stace y Samaritans General Office, 2007), resultando similar a los datos ofrecidos por la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava (2010).

The British Samaritans (Londres) está dirigido a personas que les resulta complicado hablar sobre un problema determinado, y se les anima a enviar un email para expresar su situación y sentimientos (ansiedad, estrés, soledad, desánimo, depresión...) y así recibir apoyo emocional en situaciones de crisis. Esta organización pertenece en Inglaterra al Ministerio de Sanidad (The Mental Health Helplines Partnership).

Los Samaritans reciben en torno a 1.750 emails a la semana (Howlett y Langdon, 2004; Baughan, 2000). Desde la página Web (www.samaritans.org.uk) existen diversidad de enlaces a otras Asociaciones y entidades dedicadas al apoyo emocional cualquiera que sea el problema: The Irish Association of Suicidology, Bullying Online, Childline, The Wales Domestic Abuse Helpline, The Telephone Helplines Association; o la Clínica Virtual Psiquiátrica (Bai, Lin, Chen y Liu, 2001). Todas estas páginas Web están dirigidas a personas que se sienten tristes, deprimidas, en crisis, o que están preocupadas por un amigo o familiar. Las propias páginas contienen información directa que puede resultar útil. Lo mismo ocurre con las características de la atención vía teléfono, que por las propias particularidades de este servicio, descritas al comienzo de este capítulo, los usuarios acuden a él asumiendo también sus ventajas y desventajas. La diferencia de porcentaje de

usuarios que busca ayuda vía telefónica o internet se debe a la antigüedad del servicio telefónico, ya que el servicio online ha empezado a encajar a comienzos del recién entrado siglo XXI. La actitud conservadora no facilita la incorporación de nuevas tecnologías, pero el estado emocional y el estilo de vida que llevamos son factores que van a condicionar fuertemente la motivación y la actitud hacia las TIC. Por ejemplo, los mayores que se sienten solos, tienen una actitud ambivalente ante la tecnología. Por un lado, les sirve de apoyo para cubrir necesidades de carácter emocional y funcional. Sin embargo, son pocos los que acuden al servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica” y aquí se pone de manifiesto una fuerte lejanía hacia las TIC como herramienta de apoyo para cubrir estas necesidades; se sienten analfabetos tecnológicos. (Gómez, 2010).

Centrándonos en las estadísticas de los Samaritans (2006), en su Information Resource Pack, encontramos lo siguiente:

a. Número de contactos:

- En el año 2005 los Samaritans recibieron casi 5 millones de contactos por teléfono, email, carta y en persona.
- El 20% (480.000 aproximadamente) de las personas que contactaron con los Samaritans, expresaron sentimientos de suicidio en el momento de la llamada.

b. Forma de contacto:

- El 92% de los contactos fueron hechos por teléfono.
- 134.800 contactos fueron hechos por email – un aumento del 24% con respecto al año anterior.
- 47.800 contactos en persona.

Ante este cambio de instrumento o de medio en la forma de intervenir en crisis en los “hotlines”, se ideó el programa “Telecuidado de la Salud Psíquica” en el año 2006 como un proyecto novedoso en Álava. Tomamos como punto de referencia Samaritans, que como vemos en la Figura 4, en el año 2005 comenzaron a atender

personas en crisis vía internet, observando que el 13 % de las personas que acudieron a este servicio utilizaron el email como medio de contacto.

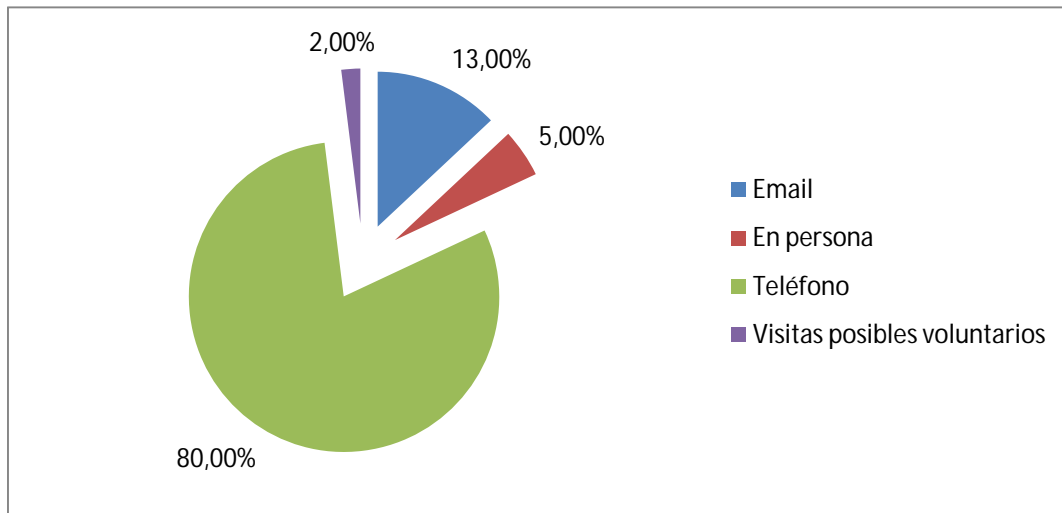


Figura 4. Contactos con Samaritans en 2005

Debido a la novedad de esta modalidad de atención, son pocos los usuarios que se animan a acudir a estos servicios en la provincia de Álava, al igual que ocurrió en Samaritans. A través de sesiones personalizadas y de atención en momentos de crisis y emergencia, pretendemos ayudar a eliminar la ansiedad y la angustia, afrontar la soledad y los estados de desánimo y construir hogares saludables, a través de consejos y hábitos útiles y adecuados a las necesidades de cada persona usuaria.

La intervención en crisis en nuestros casos, es un intento de tratar rápidamente un problema inmediato para proporcionar a las personas lo que ellas no pueden en ese momento debido a su situación particular que están viviendo. Es importante aclarar este punto una vez más, y añadir que la intervención en crisis y la psicoterapia son dos cosas distintas, como hemos comentado en este capítulo, y así lo hemos venido haciendo y aplicando con los usuarios del programa “Telecuidado de la Salud Psíquica”, independientemente de su salud (con o sin problemática), solo con la intención de intervenir sin patologizar, con el objetivo de dar apoyo, buscando fortalezas y recursos de la propia persona.

A parte de que hay un cambio en el medio instrumental que actualmente empieza a utilizarse, como son las TICs, existen también unos síntomas comunes a las crisis que los podríamos resumir en tres factores principales como la ansiedad, soledad y desánimo. Las causas, como en la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava, pueden ser varias, pero si sintetizamos tanto por motivos como por frecuencia estadística, se puede observar que las tres variables mencionadas son las que predominan. Se ve también que las funciones prioritarias de estos programas de intervención en crisis son el alivio inmediato de los síntomas de reacción de los usuarios que, a pesar de ser personales y propios de cada uno de ellos, presentan síntomas psicológicos comunes a las crisis, como la ansiedad, angustia, soledad y estados de desánimo.

La valoración de cada usuario se realiza a través de sus comunicados y se les ofrece respuesta personalizada como intervención en crisis en una sola sesión dado que es la modalidad que se utiliza en las “hotline”, con el fin de que reciban el apoyo y orientación para que identifiquen los recursos y herramientas propias y personales que les puedan servir de utilidad incitando nuevas formas de pensar o sentir, potenciando su capacidad creativa para superar el momento y explorando sus posibles redes sociales (familiares, amistades, profesionales, etc.). Habitualmente la asistencia ofrecida lleva sólo una sesión que es el primer momento de la intervención en crisis, como se ha indicado en este capítulo, sin necesidad de realizar tratamiento.

Aunque en nuestra investigación no hemos tenido la oportunidad de estudiar la evolución del estado anímico de los usuarios mediante el intercambio de mensajes a lo largo del tiempo, en este sentido Pennebaker, Booth y Francis (2007) observaron una disminución de la frecuencia de palabras o expresiones de connotación negativa con el tiempo, reflejando el alivio del estrés y el posible efecto positivo de la actividad de narrar por escrito las vivencias y experiencias de las problemáticas (Baikie y Wilhem, 2005; Nyklicek, Vingerhoets y Denollet, 2002) y aunque los usuarios de los servicios de urgencia tienen en principio una toma de contacto con los profesionales, puede ser suficiente para paliar en cierta medida el estado de crisis que viven las personas que contactan con este tipo de servicios.

De este primer capítulo hemos querido entender los fenómenos psicológicos y sociales desde la propia perspectiva del usuario, examinar el modo en que experimentan su mundo y lo que perciben como importante y como realidad, ya que las fuerzas que mueven a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos.... son “materia significativa”; son ideas, sentimientos y motivos internos (Douglas, 1970), a pesar de que lo hayamos tenido que objetivar en una clasificación subjetiva desde el punto de vista del receptor de la llamada o comunicación.

CAPÍTULO 2. EL CIBERESPACIO EN NUESTRAS VIDAS

Los estudios y trabajos sobre los efectos de internet en el área de la psicología son todavía escasos y limitados, tal como afirman Jerome et al., (2000); sin embargo, Kraut et al. (1998), consideran que sí existen estudios relevantes sobre el impacto emocional a través de internet, mostrando el alto uso de internet, como consecuencia de un significativo aumento de la depresión y soledad, y un decremento del compromiso social. Por ejemplo, en este sentido, Riva y Galimberti (2001), consideran que cuando las tecnologías maduran, aumenta la oportunidad de conseguir una mayor creatividad. Según estos autores, existen dos problemas relacionados con el estudio psicosocial del ciberespacio:

- a. No es fácil llegar a una definición precisa de la materia estudiada y a lo que puede referirse con el concepto de ciberespacio, por la universalidad de los objetos. El ciberespacio es un universo que acapara muchos conocimientos en el campo de la cultura, ciencia y arte, como explica Tagliagambe (1997). En este sentido, Turkle (1997) considera que un objetivo clave para la psicología es pensar más sobre cómo lograr que las personas consigan una mayor conexión entre el ciberespacio y el resto de sus vidas.
- b. La metodología es incierta; no podemos dar todavía una respuesta exhaustiva a las preguntas que rodean esta situación y no podemos tampoco contar con la ayuda de un experimento estricto sobre el fenómeno psicosocial del ciberespacio. Generalmente, se habla de experimentos que presentan problemas específicos: dificultades para controlar el entorno del estudio, los participantes del estudio no son habitualmente supervisados, las personas que participan en el experimento online no son seleccionadas al azar, etc.

Para entender las emociones en el ciberespacio, es importante partir del origen, de lo abstracto, es decir, de aquello que nos comunica con otros a través del espacio y tiempo. Este capítulo nos introduce en un ámbito nuevo y desconocido para muchos, pero con un futuro prometedor: el ciberespacio. De este término surgen otros como la telesalud o la telemedicina, conceptos que engloban la intervención de personas en situación de crisis. Por esta razón desarrollamos este capítulo con la idea

de introducirnos en el mundo del ciberespacio, enfocado en la mejoría de la salud en general. Como consecuencia del aumento de personas con estados de ansiedad, desánimo, y soledad, y el decremento del compromiso social, ha aumentado el número de usuarios de internet; en este sentido, el objetivo de la psicología como dice Doise (1986), es pensar cómo conseguir que las personas consigan una mayor conexión entre el ciberespacio y el resto de sus vidas para prevenir sus problemas de salud. Se considera que los cambios en los estilos de vida producidos en la sociedad red, implican cambios de salud. Se requiere por ello un modelo capaz de describir la interacción y de integrar, desde un punto de vista psicosocial, una teoría de sujetos, una teoría de objetos y una teoría de procesos, como propone Doise (1986). Para que sea investigado correctamente, un proceso como éste requiere un modelo capaz de describir la interacción entre humanos en contextos donde el nivel de virtualidad varía según los trabajos actuales

2.1. TRES TEORÍAS PARA EXPLICAR COMO SON EXPERIMENTADOS LOS ENTORNOS EN EL CIBERESPACIO.

Se han planteado diferentes teorías sobre la vivencia del ciberespacio, de entre ellas destacamos tres:

a. Teoría de sujetos

La teoría de los sujetos propuesta por Doise (1986) es presentada con un enfoque más moderno por Riva y Galimberti (1997 y 1998). Para estos autores, los caminos para la subjetividad son construidos con la interacción de la comunicación digital y están basados en tres raíces psicosociales (Galimberti y Riva, 1997): cognición, comunicación e identidad. También señalan un camino para cada una de estas raíces. Estos caminos los sienten como posibles para identificar las herramientas conceptuales adecuadas para un enfoque hacia el estudio de la subjetividad en el ciberespacio:

- Desde una interpretación intra-subjetiva de los procesos cognitivos, a la idea de que la cognición es una actividad resultado de esfuerzos combinados.

- Desde la comunicación como proceso lineal, hacia la adopción de un modelo de “diálogo/conversación” como paradigma para la interacción comunicativa.
- Desde la pasividad de un individuo que solo usa un tipo de tecnología para la comunicación, hacia la participación activa de un sujeto y una máquina que mientras está trabajando, influye en la propia definición del usuario, y hace que eso interactúe con él (Mantovani, 1995).

b. Teoría de objetos

En estos últimos años, comentan Galimberti y Riva (2001), se creía que si queríamos entender el significado de las acciones de las personas, teníamos que prestar atención al ambiente en el que viven. En términos más concretos, lo que quieren decir es que, en el momento de observar las operaciones que tienen lugar en nuestras mentes (operaciones que representan el proceso de planificación de las acciones que nosotros llevamos a cabo), inevitablemente necesitamos ser conscientes del ambiente en el que esas operaciones tienen lugar. Las crisis de los usuarios pueden ser muy variadas dependiendo del contexto en el que se encuentren y las herramientas que tengan a su alcance; también depende de las vivencias personales de cada uno que les influyan en cómo actuar, más pasiva o activamente, recordando la teoría de los sujetos.

Una gran parte del ambiente en el que trabajamos en las intervenciones en crisis vía internet está hecho de objetos. La mayoría de éstos pueden ser considerados como artefactos, objetos elaborados para hacer otros objetos y “utensilios usados para hacer o construir otras cosas” (Mantovani, 1995, p. 23). Han sido inventados con un objetivo y usados para desempeñar ciertas funciones que son, “programadas” para ello. Además, están relacionados con los objetos no materiales del ciberespacio expuestos por Wallace (2001), que ha identificado siete entornos en internet diferentes: la World Wide Web (páginas web, portales, sitios web...); mail electrónico (email); foros de discusión asíncronos (new-groups); chat síncrono (Internet Relay Chat); MUD: ambientes virtuales basados en textos; 3D MUDs: ambientes virtuales en 3 dimensiones; vídeo y voz interactiva (cámara Web).

Como anota Gibson (1979), la relación entre actores y su entorno es circular: “las acciones del organismo tienen consecuencias para el entorno, y la naturaleza del entorno tiene consecuencias para el organismo” (p. 81). Zahoric y Jenison (1998) explican claramente este punto, citando a Gibson, que comenta que el organismo perceptor y el entorno, están íntimamente relacionados; el ambiente ha proporcionado condiciones concordantes con la evolución del organismo. Como resultado, la percepción del organismo consiste en recoger la información que apoya la acción y ultimar la evolución.

Para Mantovani y Riva (1999) percibir es una actividad que significa que el organismo identifica los recursos que necesita en el entorno, e intenta capturarlos en orden a alcanzar su propia evolución prevista - sustento y transmisión de sus propios genes. En este sentido, nos comentan que internet no proporciona información diferenciada a las personas, sino que prepara objetos iguales para todos, y cada sujeto en crisis o no, decide cual utilizar. Ofrece diferentes oportunidades de acuerdo a los actores y sus necesidades.

Lo que está claro, es el lugar que toma la teoría de los objetos en términos de dinámicas, desde un punto de vista psicosocial y de intervención en crisis, adecuándola para observar el ciberespacio. Actúa como dependiente, entre la teoría de los sujetos y la teoría de los procesos; su trabajo es generar datos e hipótesis sobre lo que ocurre en la interacción entre el usuario en crisis, el sistema de información y el entorno (Galimberti y Riva, 2001).

c. Teoría de los procesos.

Finalmente, tan pronto como la teoría de los procesos es tomada en cuenta, parece que una de las ideas más interesantes en el contexto de este tema es la Teoría de la Actividad, estudiada por Nardi (1996).

Como bien saben Galimberti y Riva (2001), esta teoría se centra en la “práctica”, en la actividad de los sujetos, por ejemplo, en crisis. Estos autores son conscientes de que el objetivo es mostrar cómo la actividad se une con el conocimiento. Aquí, el conocimiento no significa una serie de actos discretos,

desenvueltos en la cognición, ni actos de decisión, clasificación o memoria. En este sentido, el conocimiento no es tan grande como una entidad “mental”. O sea que, el <sujeito – artefacto – acción>, triángulo del ciberespacio, asume estas formas y modos de interacción que están especialmente dispuestos para desarrollar el conocimiento, habilidades, aprendizaje y control mediante entrenamiento. En este sentido, Mantovani y Spagnolli (2000) afirman que el contexto social puede ser considerado como el sistema simbólico de una cultura dada, que está siendo alterada continuamente por la intervención de la práctica humana. Así, la última tendencia de la psicología cultural, según Cole (1996), fue el análisis de la distribución del conocimiento en el mundo social: “en cada sitio, incluyendo las acciones cognitivas como recuerdo y toma de decisión, son distribuidas no sólo entre los artefactos, sino también entre las reglas y la gente de acuerdo con la división de labores” (Cole y Engeström, 1993, pp. 17-18).

En muchas actividades humanas, incluyendo la experiencia de la nueva comunicación en las intervenciones en crisis, se requiere de conocimiento para que este objetivo sea operativo, y que las acciones sean coordinadas entre varios actores por modelos culturales preexistentes a las interacciones (entre actores, y entre éstos y el entorno) que lo hacen posible (Riva y Mantovani, 2000).

2.2. TELEMEDICINA Y ESTILO DE VIDA

Maheu, Whitten y Allen (2001) son unos de los profesionales que han estudiado en profundidad, el término de telemedicina, y exponen que el primer uso de la tecnología de la comunicación para la consulta psiquiátrica y el tratamiento fue en 1959, cuando se estableció un enlace por televisión en Omaha, en el Instituto Psiquiátrico de Nebraska (Maxmen, 1978). A raíz de este uso, se ha aplicado intervenciones limitadas sobre salud mental mediante videoconferencia durante las últimas décadas. Fueron inicialmente proyectos experimentales con programas especializados sobre telemedicina, desarrollados para otras disciplinas como la cardiología, la dermatología y la pediatría.

El número de interacciones conductuales y mentales relacionadas con la salud han aumentado a lo largo de los años. En 1998, la asistencia médica para la

salud mental supuso aproximadamente un 18% de todas las consultas de la telemedicina en los Estados Unidos (Allen y Grigsby, 1998). En 1999, la Association of Telemedicine Service Providers examinó 132 programas de telesalud y encontró que el 42% incluían servicios de salud mental (Grigsby y Brown, 2000).

Las posibilidades del uso de internet cuando se combina con el tratamiento convencional son enormes (Vallejo y Jordán, 2007; Vallejo, 2003). Hay suficientes datos empíricos que lo sustentan. Por ejemplo, como apoyo a pacientes crónicos, trastornos reumatológicos, diabetes, hipertensión, daños neurológicos (Titov y Knight, 2005), etc. Estos son mejor tratados cuando se utiliza internet para apoyar el seguimiento de las prescripciones y tareas terapéuticas. La creación de una comunidad virtual de apoyo es, en ese sentido, muy útil. Este soporte es extensivo a trastornos como la depresión o el riesgo de suicidio. La posibilidad de contar con el apoyo de otros pacientes y de profesionales mejora significativamente el seguimiento de estos pacientes. En la misma línea, profesionales como López-Paz, Amayra, Lázaro, De la Cruz y Palacios (2009) evaluaron la efectividad de un programa psico-educativo online dirigido a niños y adolescentes con enfermedades neuromusculares. Los resultados revelaron que el empleo de sesiones de chat supervisadas por un psicólogo, favoreció el incremento de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción de tipo positivo y de resolución de problemas y la disminución de estrategias de auto-inculpación por la enfermedad crónica.

Chamarro y Hernández (2005) consideran que los cambios que acontecen en nuestra sociedad actual están generando un cambio social, provocando un cambio en la vida de las personas que participan en ella: nuevas maneras de reunirse, de encontrar pareja, hacer amigos, trabajar, amarse, hacer la guerra, comprar, vender.... (Rheingold, 2004). Apuntan que estos comportamientos y características de la cibersociedad requieren ser conocidos porque, dado que afectan a nuestro estilo de vida, seguro que afectan a nuestra salud.

La World Health Organization (WHO) (1998) define los estilos de vida como la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones socioeconómicas y ambientales de vida. En

definitiva, consideran que los cambios en los estilos de vida producidos en la sociedad red, implicarán cambios en la salud.

Desde esta perspectiva, saben que en la actualidad, los cambios en la salud de las personas se producen en un contexto en el que las primeras causas de fallecimiento se derivan directamente de las conductas que realizan las personas (WHO, 2003). Los factores que afectan a la salud de las personas en nuestra sociedad occidental, han dejado de ser las enfermedades infecciosas, para pasar a enfermar a causa de factores asociados al estilo de vida como el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, la alimentación descuidada, el sedentarismo, el comportamiento sexual y el uso de vehículos a motor.

En este contexto, la enfermedad pasa a caracterizarse por la cronificación y su relación con el comportamiento de las personas, por lo que, previsiblemente, las personas tendrán que aprender a convivir, y por tanto a adaptar su vida, con la enfermedad. Consideran relevante estudiar la incidencia de estas formas de comunicación en el estado de salud de las personas y explorar las posibilidades de intervención a través de ellas (Valiente et al., 2003).

2.2.1. Nuevos retos para la salud: alternativas de intervención

Chamarro y Hernández (2005) creen necesario dar respuesta a los nuevos retos para la salud y proponen alternativas en la intervención sobre ésta. En esta línea proponen tres líneas de actuación:

- a. Análisis de la información sobre la salud en la red: Proponen analizar cómo las personas realizan sus búsquedas de información sobre salud en internet.
- b. Análisis de los estilos de vida actuales y su incidencia en la salud: Se pueden analizar las formas en que las personas se comportan en relación con la tecnología y que pueden tener relación con la salud. El problema que encuentran, desde la perspectiva de la psicología, es que, como señala Matute (2003), se sabe muy poco sobre cómo nos afectan las tecnologías de la

comunicación y la información, en especial internet y la intervención en salud.

- c. Programas de promoción de estilos saludables: Desde una consideración de internet como un recurso para la educación de la salud, Gray, Klein, Noyce, Sesselberg y Cantrill (2005) encontraron que internet era la principal fuente de información sobre salud que utilizan los adolescentes. Según un reciente estudio realizado online por la Health On the Net Foundation, internet se ha convertido en un medio muy utilizado para tratar asuntos de salud (Boyer, Provost y Baujard, 2002). Partiendo de esta premisa, creen conveniente analizar cómo se pueden diseñar aplicaciones de telesalud que sirvan para el seguimiento y asistencia a personas que requieran información sobre la salud.

2.2.2. Estudios y características de la tecnología aplicada a la salud

Loh, Donaldson, Flicker, Maher y Goldswain, (2007) desarrollaron un protocolo en telemedicina para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Ocho médicos realizaron las evaluaciones en persona y dos médicos condujeron las evaluaciones en remoto. Cada evaluación incluyó un Standardised Mini Mental State Examination, entre otras pruebas. Los resultados de la prueba coincidieron en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer tanto mediante telemedicina, como en la evaluación directa. Concluyeron que era posible diagnosticar la enfermedad de Alzheimer a distancia usando la telemedicina, pero que se requeriría una validación con una muestra más amplia.

Para Ritterband et al. (2008), internet es una fuente importante de información médica y ha demostrado ser un importante canal para diferentes intervenciones relacionadas con la salud. Estos autores, examinaron la utilidad y el impacto de una intervención vía internet, en la encopresis infantil como parte de la atención médica estándar. En general, los padres calificaron la intervención por internet agradable, comprensible y fácil de usar. Este es un paso importante hacia el establecimiento de las intervenciones vía internet como un elemento coadyuvante al tratamiento de los pacientes pediátricos en un entorno clínico, sobre todo dada la positiva respuesta de los usuarios y el ahorro de costes.

Otros autores como Miller et al. (2003), describieron cómo un especialista en infancia y juventud de una zona rural, proporcionaba las consultas integrales necesarias y los servicios clínicos usando vídeo-teléfono y los servicios de telecuidado de Kentucky. Los profesionales de zonas urbanas y rurales experimentaron una serie de cambios incluyendo los administrativos, los modelos clínicos, sistemas de información y estrategias de prevención e intervención (Tabla 6).

Tabla 6. *Patrones de las consultas clínicas en la educación*

	Patrones pasados	Patrones contemporáneos
Paradigmas administrativos	El colegio les deriva a centros médicos, clínicas independientes, y servicios independientes a través de un contrato con la escuela	Las escuelas y los profesionales de la clínica establecen relaciones y alianzas; el psicólogo, a través de un sistema de desarrollo integrado, proporciona al colegio modelos de telesalud.
Modelos clínicos	Los profesionales de la clínica proporcionan ayuda especializada individual. Proporcionan una base independiente para instruir un colegio multidisciplinar.	Modelos profesionales enfocados a estudiantes y profesores; los profesionales y especialistas proporcionan servicios para los colegios con falta de planificación de tratamiento integrado con profesores y personal de la escuela para su evaluación.
Sistemas de información	El papel de la escuela y los registros clínicos, proporcionan desarrollo electrónico a la escuela y un sistema de registro de la salud, de acceso local en los colegios para su registro.	Consultas y grabaciones en la televisión interactiva, sistemas de apoyo online, email, intercambio de información para el cuidado de la educación de los estudiantes.
Prevención/Intervención	Pocos incentivos para las iniciativas basadas en la prevención en las escuelas o para la promoción y prevención de la salud mediante programas de nutrición, ejercicio, trastornos adictivos, trastornos emocionales y conductuales, déficit de atención e hiperactividad, y otras áreas.	Prevención y orientación hacia la salud, hacia un estilo de vida saludable y bienestar general. Los estudiantes reciben información precisa a través de telesalud, basándose en sistemas clínicos interactivos de vídeo, y modelos de telesalud para la prevención/intervención de servicios en colegios y centros comunitarios.

Fuente: Miller et al. (2003, p. 120)

También han sido motivo de estudio los telemonitores para casa (Jaana, Paré y Sicotte, 2007), dirigidos a pacientes que permiten la transferencia de información y feedback inmediato. El uso de telemonitores para los ancianos es cada vez mayor (Caoutte, Vincent y Montreuli, 2007). La evidencia sugiere que las nuevas tecnologías y las telecomunicaciones son eficaces para el seguimiento del anciano, y que pueden tener efectos positivos a nivel físico, cognitivo y afectivo. En el propio hogar del anciano, las investigaciones son prometedoras para su cuidado personal (movilidad, para dormir, medicamentos y la calidad de vida) y seguimiento. El objetivo de otro estudio (Martínez et al., 2012) fue evaluar la efectividad de los telemonitores en la reducción del aislamiento y la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de 60 pacientes adultos diagnosticados de enfermedades neuromusculares. De este total, 30 pacientes fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento experimental consistente en un total de 8 sesiones de teleasistencia mediante videoconferencia grupal, individual y un fórum sobre aspectos psicosociales. Cada paciente fue evaluado mediante diferentes escalas (Disability Assessment Schedule—WHO-DAS II, Sickness Impact Profile, The MOS Social Support Survey). Los resultados confirmaron la mejora de la calidad de vida en diferentes índices funcionales y psicológicos.

Otros estudios demuestran el impacto positivo de los telemonitores en casas de pacientes y sus condiciones (control de la presión sanguínea, mejorar la adherencia a la medicación, cambiar el estilo de vida de pacientes, etc.). Sin embargo, los resultados de los estudios deberían ser considerados con cautela debido a las limitaciones del diseño de los estudios.

En este sentido pero en otro contexto, algunos médicos utilizan la tecnología de la videoconferencia para comunicarse entre ellos en las salas de emergencia y los campos de batalla. Pero, Folsom (2010) se pregunta a ver si una cámara web puede desempeñar el papel de orientador y/o asesor. Investigadores del Ejército de los EE.UU. dicen que sí. Para demostrarlo, este autor evaluó a 520 soldados que estuvieron 15 meses en Afganistán; participaron en un estudio en el Centro Médico del Ejército en Hawái. El objetivo fue comparar el asesoramiento virtual con el tradicional, es decir, cara a cara. Dos tercios de los soldados fueron evaluados utilizando la tecnología de vídeo de alta y baja definición; un tercio se evaluó usando

el método tradicional. Los resultados del estudio sugieren que las sesiones de pantalla son tan efectivas como las llevadas a cabo en persona. El 95% de los soldados y médicos informaron de que estaban satisfechos con el proceso, y el 75% dijo que el asesoramiento online debería convertirse en un hábito. Es más, el estudio demostró que los soldados son más propensos a hablar con franqueza a través de webcam que cara a cara.

Las investigaciones sobre programas para dejar de fumar basados en la web por lo general han sido prometedoras. En concreto, Strecher et al. (2008) evaluaron componentes psicosociales y de la comunicación en una intervención para dejar de fumar basada en la web, junto con la utilización de parches de nicotina. Concluyeron que, aunque los resultados fueron satisfactorios, la e-salud necesita un enfoque experimental dinámico para descubrir, además, otras vías de intervención.

En otro estudio, un total de 185 estudiantes de psicología de la universidad de Madrid fueron reclutados. Todos ellos tenían acceso a internet desde casa. Se utilizaron tests para generar los datos de fiabilidad y validez. Los cuestionarios en papel y lápiz, y sus versiones en línea, fueron completados por los participantes (diferencia media = 17 días). Los resultados sugieren que los cuestionarios realizados online eran bastante equivalentes a sus versiones en papel y lápiz, con los valores de fiabilidad más altos (Vallejo, Jordán, Díaz, Comeche y Ortega, 2007).

Todos estos aspectos son solo el principio de una tarea que requerirá mucho más trabajo y lo más importante de todo, que activará la participación y el debate de temas relacionados con el estudio de la interacción virtual que ha sido puesto en marcha a través de y con la comunidad científica hace no mucho tiempo.

En este sentido, algunos estudios demuestran que ciertas personas mejoran cuando se utiliza internet para apoyar ciertos estados anímicos y/o físicos, pero existen muy pocos estudios sobre la mejoría de las personas en crisis que acuden a servicios de urgencia. Algunos profesionales no tienen tan claro si la mejoría está relacionada con el uso de internet; por ejemplo, en el caso de los ancianos y las nuevas tecnologías, los hechos han demostrado que esta vía puede tener efectos positivos a nivel físico, cognitivo y afectivo como seguimiento de su estado de salud.

Otro ejemplo es el de algunos colegios que han utilizado la figura del psicólogo junto con internet para prevenir y orientar al alumnado hacia una vida saludable y bienestar general. Los estudiantes reciben información concreta a través de este medio, mediante un sistema de desarrollo integrado basándose en sistemas de salud interactivos y modelos de telesalud para la prevención. En este sentido y derivado del concepto de ciberespacio, los términos de telemedicina y telesalud salen a la luz, utilizándolos de manera eficaz para diversas intervenciones, tratando de prevenir y mejorar la salud de las personas usuarias de las nuevas tecnologías.

Y de estos contextos, surge también, la intervención en crisis como tal, pero como algo novedoso, a través de internet. Por la novedad del servicio, existen pocos estudios sobre la intervención en crisis por esta vía. El programa “Telecuidado de la Salud Psíquica” nos da la posibilidad de investigar un servicio de urgencia fundamentándonos en la teoría de Doise (1986) que postula que los sujetos se convierten en parte activa en un medio que pueden utilizar para su descarga emocional como puede ser vía internet; en las investigaciones realizadas, se refleja la satisfacción de los usuarios con los procesos de asesoramiento online, y nos induce a realizar un cuestionario de satisfacción para conocer las opiniones de los usuarios sobre la utilidad y eficacia del servicio.

CAPÍTULO 3. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES TÉRMINOS

Dado que en la bibliografía se habla de diferentes términos que se refieren a la salud de los individuos, tanto física como psíquica, creemos conveniente especificar lo que actualmente se entiende bajo dichos conceptos.

3.1. HISTORIA

Barak (2007) es uno de los autores más importantes y experimentados en este tema, y explica que la idea de que se podía explotar internet para proporcionar ayuda fue estudiada a mediados de los años 90 (Murphy y Mitchell, 1998; Binik, Cantor, Ochs y Meana, 1997; Sampson, Kolodinsky y Greeno, 1997; Colon, 1996; Huang y Alessi, 1996; Saphiro y Schulman, 1996). Desde entonces, los numerosos servicios sobre salud en línea ofrecidos al público han ido creciendo; éstos incluyen lugares que proporcionan consejo psicológico, grupos de apoyo, de experimentación y evaluación, asesoramiento y terapia (Barak, 2004 y 1999; Grohol, 2004 y 1998; Rochlen, Zack y Speyer, 2004; Manhal-Baugus, 2001). Se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre este tema, y a pesar de las dificultades prácticas (Zack, 2004; Suler et al., 2001), legales (Kraus, 2004; Kanani y Regehr, 2003; Terry, 2002), y éticas (Kraus, 2004; Barak, 2003; Hsiung, 2002), estas aplicaciones son habitualmente factibles y muy exitosas.

Las páginas web que proporcionan evaluación y/o intervenciones han florecido en estos últimos años. Ofrecen una colección variada de ayuda profesional, incluyendo información relacionada con la salud sobre diversos temas (Kisely, Ong y Takyar, 2003; Risk y Petersen, 2002), la asistencia en la toma de decisiones (Gati, Kleiman, Saka y Zakai, 2003; Barak y Cohen, 2002), preguntas y respuestas, y una guía profesional con la intención de promover la autoayuda para hacer frente a numerosos problemas de salud (Zuckerman, 2003; Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius y Andersson, 2001; Prasad y Owens, 2001), diagnósticos y exámenes (Barak y Buchanan, 2004; Barak y English, 2002), y el asesoramiento y la terapia de profesionales entrenados a nivel individual (Rochlen et al., 2004; Zelvin y Speyer,

2004) o grupal (Bellafiore, Colon y Rosenberg, 2004; Colon y Friedman, 2003; Barak y Wander-Schwartz, 2000).

Grohol (1999) es considerado un pionero en el uso de internet en el campo de la salud, ya que describe las intervenciones profesionales a través de internet, en función del grado de contacto entre el profesional y persona usuaria: desde las más tradicionales como el consejo telefónico, a la videoconferencia, la realidad virtual, el chat multimedia, el chat de texto y el correo electrónico. Por otro lado, y de forma más específica, nombra al National Board for Certified Counselors (NBCC) (1998), ya que ha definido la práctica del asesoramiento psicológico o web-counseling como la práctica del asesoramiento profesional y entrega de información, que ocurre cuando los usuarios y el asesor se encuentran en lugares separados o remotos y utilizan medios electrónicos para comunicarse a través de internet.

3.2. TELESALUD: CUIDADO DE LA SALUD A DISTANCIA

Internet es una herramienta muy atractiva y eficiente para resolver ciertos problemas crónicos, asociados a dificultades para desplazarse y a la centralización de los recursos especializados. Estas opciones reciben el nombre de telesalud. El uso de internet se amplía con la utilización de videoconferencias, además de vídeos y formatos multimedia. El uso de la telesalud puede ser tan efectivo como la asistencia convencional cara a cara; no se pretende que la telesalud sustituya al sistema de asistencia convencional sino que lo complementa dando consejos, orientaciones, etc. (Dunaway, 2000).

3.2.1. Desarrollo de conceptos

a. Telemedicina vs. Telesalud

Para Maheu et al. (2001), como en cualquier área tecnológica, las definiciones de cuidado de la salud y de la comunicación cambian para ajustarse al lenguaje y los conceptos en vías de desarrollo. Un ejemplo de este fenómeno es la distinción o semejanza entre telemedicina y telesalud.

La telemedicina, completando la información desarrollada en el punto 2.2. (Telemedicina y estilos de vida), es la provisión de servicios para el cuidado de la salud, la información y la educación a distancia usando la tecnología de las telecomunicaciones – que ha existido mucho antes que internet. Algunos autores destacan que la telemedicina fue nombrada hace casi treinta años atrás (Willemain y Mark, 1971). Algunos de los primeros informes sobre telemedicina fueron sobre ayuda a grupos (Wittson, Afflect y Johnson, 1961), educación y entrenamiento (Menolascino y Osborne, 1970), cuidado doméstico (Mark, 1974), televisitas por parte de los trabajadores sociales (Straker, Mostyn y Marshall, 1976), interacciones entre enfermeros (Cunningham, Marshall y Glazer, 1978), telemetría (Fuchs, 1979) y otras aplicaciones.

La telesalud es vista como un término más amplio que la telemedicina, que la define como uso restringido para la teleconsulta entre médico y paciente. Se han usado otros puntos de vista para extraer distinciones entre los términos. Por ejemplo, se entiende por telesalud la integración de sistemas de telecomunicación para proteger y promover la salud, mientras que la telemedicina es la incorporación de estos sistemas a la medicina curativa (WHO, 1997).

Se destaca que hacia finales de los 90, el término de telesalud creció y ahora es usado por muchos como un sinónimo del término más viejo, telemedicina. Numerosos términos como, la tecnología de la información de la salud, la telemática de la salud y telecuidado, han sido propuestos para este campo recién formado. El alto número de cambios sobre estos términos refleja la naturaleza dinámica del campo y que su evolución continúa (Bashshur, 2000).

b. E-salud vs. Telemedicina y Telesalud

En 1999, la e-salud salió a la superficie como un término habitual que se refería al cuidado de la salud basado en internet (McLendon, 2000). El término es reflejo de un cambio: el movimiento innovador del cuidado de la salud a través de la telemedicina independiente y los proyectos de telesalud para la distribución mundial de la red conocida como internet.

La e-salud se refiere a todas las formas electrónicas del cuidado de la salud dadas a través de internet, ampliándose con elementos informativos, educativos y comerciales, para ofrecer servicios profesionales, negocios, o para ofrecerse entre los propios consumidores. Los servicios de la e-salud abarcan las cinco “Cs”: <contenido, conectividad, comercio, cautela y cuidado clínico> (Lee, Conley y Preikschat, 2000), a las cuales algunos añadirían una sexta: aplicaciones del ordenador. La e-salud echa mano de las capacidades únicas de internet al permitir los servicios clínicos que han caracterizado a la telesalud y telemedicina. Como consecuencia, la e-salud está haciendo que los cuidados de la salud sean más eficientes, permitiendo a pacientes y profesionales hacer lo que antes era impensable, de una manera eficaz a través de internet.

La e-salud se diferencia de la telesalud y telemedicina al no ser “centro profesional”. De hecho, no hay duda de que el crecimiento de la e-salud está siendo guiado por personas que no son profesionales de la salud. Los consumidores exigen mucho y están usando los servicios y herramientas que internet puede proporcionarles. Ésta es una fuerza imparable y es lo que marca la distancia entre el cuidado de la salud y nuestras vidas, especialmente las subidas vertiginosas de la disponibilidad de ancho de banda y el bajo coste. Otra diferencia es que la mayoría de servicios de la e-salud están motivados por logros financieros, considerando que la telesalud y telemedicina no (Bashshur, 2000). Tenemos que tener en cuenta, sin embargo, que muchos profesionales consideran que el término de e-salud será usado universalmente para aplicaciones de la telemedicina y telesalud, así como para la concepción actual de este término.

Maheu (2000) explica las diferencias entre la telesalud y la e-salud afirmando que ésta última es un desprendimiento de la primera, la cual hasta la fecha, había consistido en el intercambio de información punto a punto principalmente vía telefónica, sin basarse en internet. Esta autora refiere que con el crecimiento de la red y del acceso a la misma de millones de usuarios, también ha incrementado el número de usos de internet para el cuidado de la salud; también incrementan su responsabilidad acerca del cuidado de su salud, dado que los usuarios tendrían mayor acceso a la información.

Posteriormente, esta misma autora y sus colegas (Maheu et al., 2005) dieron importancia a las conductas dentro de la telesalud:

Las conductas en telesalud se refieren al uso de psicotecnologías para proporcionar servicios para el cuidado de la salud desde un punto de vista conductual. Suponiendo que la conducta y la salud mental se refieren básicamente a la misma disciplina, la ciencia en este sentido progresivamente va a ir reflejando el uso de esta tecnología (p. 7).

Para estos autores, el Intercambio de Información sobre Telemedicina (Telemedicine Information Exchange, 2004), es un recurso excelente para los programas de telesalud conductual, y contiene muchos programas que envuelven las tecnologías de la comunicación.

El número exacto de programas de telesalud listados en páginas web es difícil de determinar. Cuando buscas recursos en internet con palabras claves como telesalud mental, los resultados de la búsqueda son diferentes a los de telesalud conductual. E-salud es ahora el término preferente para las actividades de telesalud clínica desarrolladas a través de internet (McLendon, 2000). A los profesionales, y a los mismos clientes, se les ofrece información, educación y productos comerciales, así como servicios directos y de abogacía a través de internet. La e-salud actúa como un puente que conecta la telesalud e internet (Eng, 2001).

Como una subdivisión de la e-salud, en general, el término de e-salud conductual fue propuesto para usar internet y desarrollar información y servicios sobre telesalud de las conductas (Maheu, 2001). La siguiente figura (Figura 5) resume los términos (Maheu et al., 2005, p. 9):

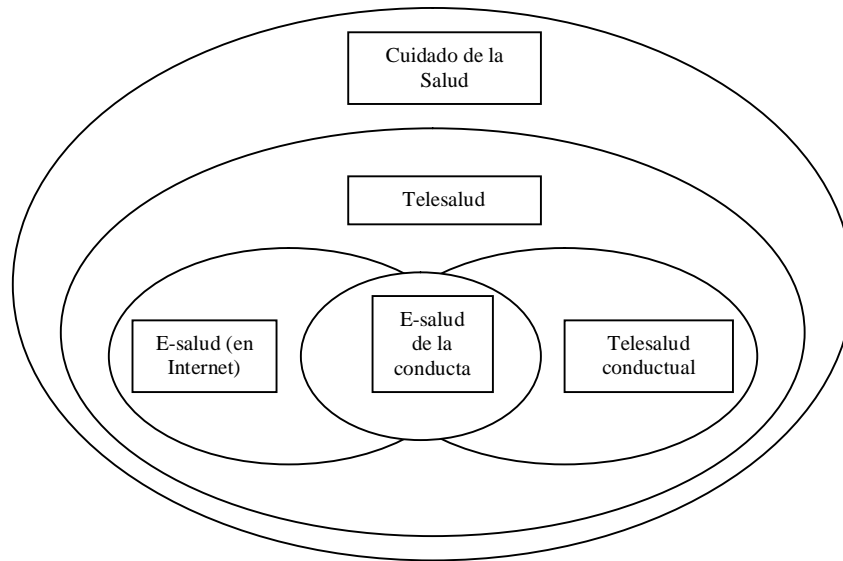


Figura 5. Cuidado de la salud: resumen de términos

c. Telesalud

Nickelson (1998) definió telesalud como el uso de las telecomunicaciones y tecnologías de la información para proporcionar acceso a la evaluación de la salud, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, educación e información, a lo largo de la distancia. Telesalud significa “medicina a distancia” donde “medicina” incluye no solo actividades médicas (tratar pacientes enfermos), sino también actividades de salud pública, como por ejemplo, intervenciones para gente sana (Wootton, 1999). En otras palabras, la telesalud es un proceso y no una tecnología, incluyendo diferentes actividades del cuidado de la salud llevadas a cabo a distancia.

Otro autor también nos habla de estos términos (Giles, 2001) argumentando que gracias a internet ha surgido una nueva modalidad de atención y prevención al cuidado de las conductas y hábitos de salud: la telesalud o e-salud (para este autor, son conceptos sinónimos). El término de telesalud se refiere, según comenta, a “todas las formas electrónicas del cuidado de la salud provistas a través de internet, ya sea con fines informativos, educacionales o comerciales ofrecidas por profesionales y no profesionales y que incluyen una amplia variedad de actividades clínicas” (p. 2).

Dunaway (2000) y Jerome et al. (2000), por ejemplo, afirman que la telesalud hace posible el acceso al servicio de millones de personas que de otra forma no podrían participar, tales como personas con necesidades especiales como discapacitados, sordos y personas mayores; agorafóbicos; personas que viven en áreas rurales o lugares remotos; personas escépticas de los tratamientos y sus beneficios; personas con restricciones de tiempo como vendedores, ejecutivos y otros profesionales; personas disconformes con el estigma de la atención tradicional; y para poblaciones confinadas -presos- donde están implicadas la seguridad y el traslado de prisioneros, reduciendo los costes del traslado de la cárcel al hospital o centro de salud.

3.2.2.- Soluciones que ofrece la telesalud e internet para los problemas del cuidado de la salud

a. Soluciones que ofrece la telesalud ante los problemas del cuidado de la salud.

Según Maheu et al. (2001), los primeros años de financiación de la telemedicina ayudaron a identificar soluciones para el cuidado de la salud basándose en la tecnología.

Estudios anteriores sobre telemedicina y telesalud ayudaron a justificar el presupuesto para estos proyectos piloto, y ayudaron a los investigadores a expandir y cristalizar la información necesaria para identificar soluciones basadas en las tecnologías dirigidas a aspectos clínicos, problemas administrativos y educativos y problemas con el equipo médico.

Se han determinado las siguientes soluciones:

- Realzar el acceso al cuidado de la salud: Los usuarios atendidos a través de la telesalud son propensos a experimentar un nivel más alto de cuidado personal.
- Realzar el entrenamiento e información para las personas que proporcionan cuidado de la salud: La telesalud proporciona educación permanente para

profesionales. La videoconferencia ayuda a mantener al día a los profesionales dondequiera que estén, desde casa o en la oficina.

- Mejorar la información y apoyo hacia los pacientes: Para los usuarios que usan los servicios de telesalud, internet les ayuda a hacer frente al aislamiento social.
- Reducir el coste que supone el cuidado de la salud: La telesalud también alivia una parte de la carga del cuidado familiar. El equipo de telesalud y sus servicios pueden aliviar ciertas cargas ofreciendo entrenamiento para adultos a cargo de un niño, ofreciendo apoyo a través de chat o correo electrónico (Pousada, Valiente y Boixadós, 2007), etc.
- Mejorar la distribución de recursos: La telesalud pone al alcance asistencia psicológica y médica para la salud dondequiera que un usuario pueda residir (Proudfoot, 2004; Balas et al., 1997).
- Reducir el aislamiento y estrés profesional: La telesalud puede llevar la consulta necesitada al profesional rural y por consiguiente puede aliviar el estrés asociado a trabajar en un ambiente rural o remoto.
- Ofrecer nuevas oportunidades comerciales para las Organizaciones de la Salud.
- Realzar la eficiencia: La telesalud también tiene el potencial de disminuir costes administrativos por paciente, facilitando programas y registros para una transferencia rápida de información del y al usuario.

b. Soluciones de internet para los problemas del cuidado de la salud:

Aunque la utilidad de internet está aún por explorar, Maheu et al. (2001) nombran los siguientes usos ya identificados:

- Mayor acceso a la información sobre el cuidado de la salud.
- Aumento del apoyo administrativo para el cuidado de la salud.
- Mejora la comunicación no textual: Internet sirve para transmitir radiografías, y el ancho de banda mejora el acceso, de manera que internet comienza a servir igualmente para video interactivo.
- La mejora de la comunicación entre usuarios y profesionales: Los usuarios son formados a través de comunidades en línea para ayudarles mediante grupos de autoayuda por correo electrónico y a través de accesos a páginas web.

En conclusión, la e-salud, la telemedicina y la telesalud están destinadas a perdurar. Todo profesional puede contribuir a que la salud importe, e interesarse para que las tecnologías de la comunicación puedan ayudar a sus usuarios a nivel educacional y para fomentar el propio cuidado del paciente. El número de servicios sobre salud online ofrecidos al público han ido creciendo desde las técnicas más tradicionales como el teléfono a la videoconferencia, email o chat. La definición de los términos de telemedicina, e-salud, telesalud y telecuidado, se han ido desarrollando a lo largo de los años variando sus contenidos lo que refleja la naturaleza dinámica del campo y su evolución continua.

Lo que está claro es que de estos términos parte la idea de la intervención en crisis vía internet, como un proyecto novedoso. Las conductas de telesalud proporcionan servicios para el cuidado de la salud desde un punto de vista conductual, son un proceso, e incluyen diferentes actividades del cuidado de la salud llevadas a distancia.

A la vista de estas conclusiones hemos elegido dar el paso del uso del teléfono para intervención en crisis a lo que hemos llamado “Telecuidado de la Salud Psíquica” vía internet tratando de dar información, ayuda y orientación apoyándonos en la psicología cognitivo-conductual como se desprende de lo arriba descrito, como

afirman Barak, Bashshur, Brown-Connolly, Dunaway, Giles, Maheu, McMenamin, Pulier y Wilhelm.

CAPÍTULO 4. LA INTERVENCIÓN EN CRISIS: MODALIDADES Y HERRAMIENTAS

Para asegurar un desarrollo apropiado de las aplicaciones de internet y la intervención en crisis, los psicólogos y otros profesionales de la salud deben tener un claro entendimiento de los beneficios y dificultades de las diferentes herramientas, y así poder elegir las tecnologías adecuadas y convenientes con las que empezar a trabajar (Castelnuovo, Gaggioli y Riva, 2001).

4.1. MODALIDADES DE INTERACCIÓN ENTRE USUARIO Y PROFESIONAL: LA CMC

La telepsicología es única en el sentido de que ofrece la oportunidad de usar el ordenador para interactuar con las personas mediante diferentes vías; cada una tiene sus ventajas e inconvenientes. Estas diferentes modalidades de interacción son incluidas en dos tipos de comunicación a través del ordenador (CMC): síncrona y asíncrona (Elleven y Allen, 2004; Riva y Galimberti, 1998 y 1997). Estos autores nos comentan que la forma más común de CMC asíncrona es el email. Otra forma sofisticada de CMC asíncrona son los foros de discusión y grupos de noticias (newgroup). Aunque el ejemplo más frecuentemente citado es la videoconferencia, el sistema más utilizado es Internet Relay Chat (IRC), conocido popularmente como chat. El IRC es una forma de CMC síncrona que permite a un grupo de personas usuarias cambiar el mensaje escrito e interactuar con cada uno de dos formas diferentes, enviando un mensaje a un usuario específico o a todos los miembros del chat.

4.2. PROS Y CONTRAS DE LA CMC SÍNCRONA Y ASÍNCRONA EN INTERNET Y LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

De Lucas (2002) y Suler (2000) han analizado los pros y contras de la comunicación síncrona y asíncrona en internet y la intervención en crisis. Los resultados son los siguientes:

a. CMC síncrona. Pros:

- La habilidad para programar horarios definidos para un periodo de tiempo específico o limitado.
- Un sentimiento de presencia creado por estar con la persona en tiempo real; permite el contacto inmediato con otras personas.
- La interacción puede ser más espontánea, resultando más reveladora, menos censurada y cerrada por parte del usuario.

b. CMC síncrona. Contras:

- Las dificultades e inconvenientes en tener programado un encuentro a una hora en particular, especialmente si el usuario y el profesional están en zonas horarias diferentes.
- Existen menos “zonas de reflexión”, es decir, el tiempo de intercambio de ideas entre usuario y profesional es limitado, ya que las conversaciones son continuas y hay menos tiempo para preparar las preguntas y respuestas.

c. CMC asíncrona. Pros:

- No existe el inconveniente de tener que programar una hora de encuentro; las diferentes zonas horarias no son un problema.
- Existe la posibilidad de contestar cuando te sientes preparado y capaz de responder.
- Existe un realzamiento de la “zona de reflexión” que permite al profesional y al usuario pensar y preparar la respuesta, y además se puede rectificar si fuera necesario.

d. CMC asíncrona. Contras:

- El profesional marca los límites específicos, delimita el tiempo de la intervención.
- Existe una reducción del sentimiento de “presencia” porque el usuario y el profesional no están juntos en este momento.
- La espontaneidad en la interacción “en el momento” se pierde; las acciones espontáneas que pueden revelar información sobre la persona, se pierden.

A pesar de las limitaciones auditivas y visuales que conlleva el texto, se han desarrollado una colección variada de técnicas del teclado para vencer una cierta cantidad de limitaciones del texto escrito. Además del uso expresivo de caracteres de imprenta, los colores, los espacios y las sangrías, existen otras estrategias creativas mediante el teclado como las siguientes:

- a. Emoticonos: Sonríen, fruncen el ceño, etc. El emoticono a menudo se usa para aclarar un sentimiento cuando de otra manera el tono de su frase podría ser ambiguo.
- b. Las expresiones entre paréntesis, comillas: Transmiten lenguaje corporal, sentimientos, suspiro, dudas y pensamientos.
- c. La acentuación de voz: Por el uso de asteriscos, y otros elementos del teclado para dar énfasis a una frase o palabra particular.
- d. Los puntos: Para indicar una pausa para pensar; combinándolo con expresiones vocales como... Ah... Um...
- e. Los signos de admiración: Para resaltar el estado de ánimo y el entusiasmo mediante texto. Demasiados signos de admiración pueden resaltar en un texto inquietud y manía.

- f. Los acrónimos expresivos: Como tb (también), xq (porque) usándolos como expresiones.

Con el paso del tiempo, se irá matizando la expresión escrita de cada cual. Conjuntamente se desarrollarán sus emoticonos, acrónimos, y sus técnicas de comunicación únicas no obvias para una persona ajena. Para entender y realzar la relación, los profesionales tendrán que poner atención en el usuario para el desarrollo de este idioma privado para él. Stofle y Chechele (2004), exponen que son necesarias ciertas habilidades específicas para proporcionar exitosamente ayuda y orientación a personas en crisis usando internet, ya sea mediante chat (comunicación síncrona) o a través del intercambio de correos electrónicos (comunicación asíncrona). Las personas tienen los mismos tipos de problemas y asuntos, ya sea online o en persona. Se ha demostrado que la atención cara a cara es efectiva (Seligman, 1995), pero hasta este punto la orientación en línea no ha sido suficientemente estudiada. Las habilidades de comunicación son esenciales para este tipo de trabajo por la ausencia de tanta información usada cara a cara. Las habilidades prácticas como la mecanografía, la gramática y la ortografía son necesarias para hacer funcionar esta forma de trabajo.

4.3. EMAIL

Las herramientas en la intervención en crisis habitualmente usadas para facilitar la comunicación electrónica entre personas y profesionales, según Castelnuovo et al. (2001), habitualmente son en forma de correo electrónico (email). Puede ser un mecanismo efectivo para mejorar el cuidado y reducir costes, debido a la mayor frecuencia de comunicación que puede permitir para mejorar los progresos de la persona o eliminar la necesidad de una visita al despacho. Los psicólogos están incorporando el uso del email a sus actividades profesionales (McFadden y Jencius, 2000); las emociones pueden ser simuladas, a excepción de algunos casos, usando símbolos o expresiones gráficas.

Laszlo, Esterman y Zabko (1999) nos dicen que la comunicación a través del email promueve la desinhibición inconsciente de las defensas del individuo, lo que aceleraría el proceso por el cual se llega al asunto que se necesita tratar; y contribuye

a que la gente se encuentre más cómoda describiendo sus conductas socialmente no aceptadas en un ordenador, y a que no se sienta juzgada.

Trabajando mediante correo electrónico, el texto se escribe sobre un soporte que se caracteriza por tener su propia estructura, con una serie de componentes cuyo contenido puede ir cambiando con el paso del tiempo reflejando la evolución de la relación.

Los componentes son los siguientes (De Lucas, 2002):

- a. Nombre del emisor: es el apartado destinado a poner el nombre y la dirección del que envía el mensaje. La forma de presentarse que tiene cada persona refleja parte de su personalidad y de cómo quiere que sea su relación con los demás.
- b. Objeto de la carta: Se han ideado las más sutiles técnicas para comunicar sentimientos y emociones en una sola línea; una aplicación creativa de paréntesis, comas, exclamaciones, corchetes y otros caracteres del teclado, que añaden énfasis y complementan los pensamientos y emociones expresadas. En ocasiones puede contradecirse discretamente con los sentimientos expresados en la carta.
- c. El saludo: Saludos diferentes transmiten diferentes tonos emocionales y niveles de intimidad. Establecen el tono para el resto del mensaje y en ocasiones pueden contradecirlo.
- d. Contenido del mensaje: Es el componente más complejo del correo. Puede variar en longitud, organización, flujo de ideas, márgenes, errores ortográficos, sofisticación gramatical, uso de mayúsculas, espacios, gráficos sonrientes y otros caracteres de teclado. La apariencia visual general del mensaje y la estructura del contenido refleja el estilo cognitivo y la personalidad del individuo que lo crea.
- e. Cierre: La forma de terminar el mensaje es una huella que revela el estado de humor de la persona y su situación mental, en ocasiones de una forma evidente y en otras de una forma sutil.

- f. Autofirma: Automáticamente puede quedar situada en la parte de abajo del mensaje la información identificativa que se desee; como el nombre completo, cargo... o puede preservar el anonimato. Lo que pone una persona en este espacio refleja lo que quiere dar a conocer de sí mismo ante los demás. Se pueden crear diferentes tipos de firmas, cada una de ellas es una pequeña porción de la identidad de la persona.

4.4. CHAT POR INTERNET

Maheu y Gordon (2000) apuestan por el IRC como la herramienta más amplia para desarrollar la comunicación síncrona. Exponen que, como el email, el IRC permite más frecuencia en la comunicación persona en crisis-profesional, facilitando el progreso de la persona y eliminando la necesidad de visitar el centro. El IRC permite a un grupo de usuarios intercambiar los mensajes escritos e interactuar entre ellos de dos formas diferentes, enviando mensajes a un usuario específico, o a todos los miembros del chat. El IRC ha sido exitosamente usada por organizaciones de autoayuda; los miembros participan con la expectativa de recibir apoyo emocional y encontrar nuevos caminos para ayudarse a sí mismos unido a compartir sus problemas.

Comenta Giles (2001), que con respecto al chat, no todas las personas se sienten cómodas ya que les genera más ansiedad, sobre todo ante la posibilidad de cometer errores en la escritura y el temor de perder tiempo al escribir y no poder expresarse con claridad; además, se está obviando otro tipo de información, como la comunicación no verbal (Barrientos, 2003).

4.5. VIDEO TELECONFERENCIA

La VTC (video tele conferencia) está considerada por muchos como un sinónimo de telecuidado (Jerome et al., 2000; Jerome y Zaylor, 2000). Permite a los participantes conducir intervenciones interactivas electrónicas entre una o más videocámaras en localizaciones distantes, comunicándose entre ellos. Según estos autores, la VTC puede ser una posible solución para los servicios de urgencia limitados. Especialmente en áreas remotas, los usuarios tienden a ser olvidados,

recibiendo pocos servicios de ayuda y apoyo. La VTC puede proporcionar oportunidades para consultas en momentos de crisis, cuidados de salud en casa, control de medicación, educación continua, etc.

McFadden y Jencius (2000) son más pesimistas en este sentido con respecto a esta herramienta. Comentan que ésta, es una tecnología nueva y como tal, requiere alguna sofisticación en el equipo.

4.6. OTRAS MODALIDADES Y HERRAMIENTAS

Existen otras herramientas que, no por nombrarlas en este último apartado, son menos importantes o menos utilizadas por las personas, sino que en nuestra investigación, no las hemos puesto en práctica.

4.6.1. Newsgroups (Usenet): grupos de discusión y noticias

Para McFadden y Jencius (2000) los newsgroups en internet son una recopilación de textos electrónicos que se almacenan en un servidor central y dan respuesta a diferentes temas. Permite a las personas en crisis en general centrarse en diferentes aspectos. El proceso es asíncrono, ya que los newsgroups se guardan, de manera que están disponibles para cualquiera, y a su vez, cualquier persona puede responder.

4.6.2. Listservs: listas de distribución

Una “listserv” es un grupo de miembros suscriptos a un tema particular y que tienen una dirección de correo electrónico en la página central con una copia para cada miembro del grupo. No necesitan la intervención de ninguna persona, ya que los mensajes son gestionados automáticamente por un programa localizado en el servidor donde se encuentra definida la lista (McFadden y Jencius, 2000).

4.6.3. Páginas web

Las páginas web son documentos generalmente basados en gráficos estáticos con capacidad para hiperenlaces. Los hiperenlaces permiten el enlace de un documento con un número ilimitado de páginas. Como las páginas web encriptadas se han convertido en más sofisticadas, éstas están incorporando más contenido de otros recursos del ciberespacio en un formato basado en la web.

4.6.4. Hipermedia compartida

La hipermedia puede ser descrita como marco online donde las redes de trabajo multimedia están conectadas por links y son usadas para presentar información (Federico, 1999). Incluye formatos de múltiple información, como visual, música, y elementos de animación. Riva (2001 y 2000) considera que cuando la hipermedia es usada como herramienta de comunicación, se define como Herramientas Hipermedia Compartidas (SHs). Muchas SHs tienen también, un buscador que puede ser usado para encontrar a un usuario que tenga características específicas (intereses...). En este sentido, es relativamente fácil para un profesional, por ejemplo, establecer un grupo con miedos y problemáticas comunes.

Las SHs más comunes son: NetMeeting, Paltalk, Eyeball Chat, AOL Instant Messenger, ICQ, MSN Messenger, Odigo y Yahoo Messenger. Tanto Yahoo como MSN ofrecen gratuitamente el servicio Instant Messenger (Elleven y Allen, 2004)

4.7. GRUPOS SOCIALES NACIDOS EN LA RED: UNA REALIDAD EN EXPANSIÓN

Grupos sociales que han nacido en la red, como Facebook, Tuenti o Twitter, por poner algunos ejemplos, contribuyen no sólo a la aparición de nuevas formas de comunicación por razón de las innovaciones tecnológicas (Bacigalupe, 2011), sino también a mantenerlas. Así, la red, en tanto que espacio virtual público, sería comparable a una ágora moderna (Gordo y Megías, 2006), donde se producen nuevas formas de subjetivar las relaciones mediadas por la apropiación que se hace de las TIC.

Por ejemplo, el programa Skype ha sido bien acogido (Bacigalupe y Lambe, 2011) y utilizado por una inmensa mayoría de ciudadanos a nivel mundial, mejor el chat que la videoconferencia, tal vez por la facilidad de uso del primero; aunque la videoconferencia, con el fenómeno migratorio, está cogiendo mucho auge por la facilidad de comunicación entre las personas que viven en distintos continentes, etc.; o Facebook, que como espacio colectivo y de redes sociales, facilita el compartir con quien uno elige, expandiendo el marco de las relaciones. De modo que, el consumo de tecnología así como las formas en que se usa y cómo se apropian de ella los usuarios, incide en la construcción de la identidad y ofrece nuevas formas de conformarla, mediando en la construcción de los rasgos distintivos de las personas y de los grupos sociales a los que pertenecen (Gil-Juárez, Vall-Llovera y Feliu, 2010).

La variedad de herramientas y modalidades que existen en internet, dejan un campo abierto a las necesidades de cada persona. La tecnología reconfigura nuestro modo de pensar y de sentir; e incide en la formación de nuevas identidades (en relación con uno mismo y con los demás), en un fluir continuo de lo presencial a lo virtual indiferenciadamente.

Como ya se ha indicado, el ordenador se puede utilizar para interactuar con personas mediante diferentes vías, cada una tiene sus ventajas y desventajas. Para proporcionar apoyo y confrontación, el profesional que está al otro lado de la pantalla tiene que tener ciertas habilidades para tener éxito en la ayuda y consejo, además de habilidades como mecanografía, gramática, etc.

Una de las vías de interés demandadas por las personas usuarias de internet y ofrecidas por las organizaciones de autoayuda es el chat. Las personas usuarias participan con la esperanza de recibir apoyo emocional y encontrar nuevos caminos para ayudarse a sí mismas compartiendo sus problemas de manera anónima. El email también tiene el mismo enfoque, aunque la conversación entre ambas partes no es inmediata como ocurre en el chat. Por otro lado, la videoconferencia es considerada como un sinónimo de telecuidado, utilizada entre otros motivos, donde los servicios de salud están limitados; algunos autores comentan que es una tecnología muy nueva y que requiere mejoras en el equipo.

El recientemente creado programa Skype engloba todas estas vías de comunicación, y su fácil utilización y anonimato, en el caso del chat y email, ha generado un gran número de adictos a nivel mundial que potencia el intercambio de información.

En nuestro centro de intervención en crisis, el Skype ha sido también, una de las herramientas clave para dar consejo y orientación a los usuarios, y que como se ha visto está recomendado por los autores citados en este capítulo.

En este paso de cambio del medio utilizado del teléfono hasta ahora al email, chat y videoconferencia para poder intervenir en crisis, se ve cuál es el medio más usado dentro de las posibilidades que ofrece el ciberespacio.

CAPÍTULO 5. EL USO DE INTERNET COMO APOYO A LOS ESTADOS DE CRISIS

5.1. INSTITUCIONES QUE UTILIZAN INTERNET COMO APOYO A LOS ESTADOS DE CRISIS.

Además de las instituciones nombradas y desarrolladas en el capítulo primero (Teléfono de Esperanza y los Samaritans), existen otros centros que trabajan en la misma línea, utilizando internet para intervenir con personas en estado de crisis y necesitadas de una acción profesional que les anime y les de las pautas, orientaciones y consejos para seguir adelante en momentos de ansiedad, soledad y desánimo generados por las circunstancias estresantes de la vida cotidiana.

5.1.1. SAHAR

Barak (2007) es un autor que apoya la idea de que internet puede ser eficazmente explotado para ayudar a la gente afectada emocionalmente, incluyendo los que contemplan situaciones de crisis, algunas veces hasta el extremo del suicidio. Este profesional también nos expone la experiencia de un proyecto israelí con el acrónimo hebreo SAHAR (Apoyo y Escucha en la Red).

El objetivo principal de SAHAR fue crear un ambiente anónimo, confidencial y en línea que atrajera a las personas en una situación de crisis, con la posibilidad de ser escuchados, ofrecer apoyo mental y calor, a través de profesionales anónimos y especializados. Este servicio está exclusivamente online en una página web hebrea muy completa (<http://www.sahar.org.il>) que proporciona información continuamente actualizada para personas necesitadas. Accediendo directamente a la página SAHAR encontramos que también ofrece, además, la comunicación personal a los usuarios a través de apoyo síncrono y asíncrono. En la comunicación online individual o grupal, muchas personas tienden a expresar dolor y desesperación y a éstas ofrece gratuitamente apoyo emocional, basado en modelos de intervención claros.

SAHAR realiza varios modos de comunicación online. Primero ofrece la comunicación individual y personal a usuarios anónimos por medio de una

conversación síncrona con un profesional anónimo, a través de chat con un software personal directo o el envío de mensajes instantáneos, como el usuario desee. Para las personas que prefieren apoyo asíncrono, SAHAR ofrece contacto personal vía email. SAHAR mantiene sus contactos por correo electrónico a través de un servicio del correo electrónico (Hotmail-Israel) basado en la web, así que los correos electrónicos pueden ser leídos y contestados desde cualquiera de los múltiples ordenadores personales manejados por el personal autorizado de SAHAR. Esta organización, ha cubierto un amplio aspecto de temas: ansiedad, miedos, depresión, suicidio, la pérdida de una persona cercana, abuso sexual y violación, violencia doméstica, desamores, trastornos de la alimentación, enfermedades crónicas, violencia y crimen, el fracaso de la escuela, despido del trabajo, la tensión nerviosa, etc.

Los temas que los profesionales dominan a la hora de atender a usuarios en SAHAR cubre los siguientes aspectos: suicidio en jóvenes, violación y abuso sexual, autolesión, violencia doméstica, depresión y suicidio, trauma y post-trauma, homosexualidad e identidad sexual, adicciones, características de comunicación online, respuesta empática, consideraciones legales y prácticas, etc.

En una conversación, un profesional trata de proporcionar una atmósfera segura y acogedora, en la que los sentimientos del usuario sean aceptados, apreciados y no juzgados por su comportamiento y sentimientos. El profesional anima al cliente a desarrollar y profundizar en su historia mientras responde delicada y empáticamente al alto contenido emocional. Si la conversación progresa, el profesional anima cuidadosamente al usuario a comentar ideas y considerar estrategias y opciones. Los profesionales a menudo sugieren recursos, proporcionando (o derivando) información práctica.

a. Datos cuantitativos:

A la página web de SAHAR acceden por término medio más de 10.000 veces al mes, aproximadamente 350 veces al día.

Una cierta cantidad de personas que visitan la web realizan una lectura rápida y abandonan la página; otras permanecen en ella leyendo a fondo sus artículos y páginas, y usan algunas direcciones y enlaces.

Aproximadamente, el 70% de las derivaciones hacia SAHAR son adolescentes que no tienen dónde recurrir para conseguir ayuda. SAHAR ha contribuido directamente a salvar la vida durante una etapa de intento de suicidio en más de 100 ocasiones. En muchos otros casos, una conversación solidaria y alentadora, o una derivación a lugares que les puedan servir de ayuda, han impedido decisiones apresuradas, tomadas por personas altamente angustiadas y desesperadas.

Habilitada por la red y con sus características únicas de comunicación, la reunión de dos personas puede conducir a una relación positiva, de franqueza, de descarga, de ánimo, y se puede apoyar, a pesar de las relaciones mediadas por ordenador, en una base textual (Anthony, 2004). Internet es sólo una manera por la cual las personas pueden contribuir a la felicidad de otras - y a salvar vidas. En contra de un mito común (Fenichel et al., 2002) y en contra de mensajes negativos colgados en páginas web, internet puede ser explotado para proporcionar asistencia significativa y apoyo en el severo desasosiego que se contempla en las situaciones de crisis. Considerando las características especiales de comunicación online que contribuye de muchas formas a proporcionar ayuda a los individuos angustiados que tratan de alcanzarla, Barak (2007) concluye que, sacando provecho de Internet con el objetivo de apoyo emocional en situaciones de crisis, parece no sólo posible, sino altamente deseable.

Otros autores que trabajan en este sentido son Goh y Huang (2009). Comentan que las redes sociales se han convertido en los últimos años, en una vía cada vez más valorada por los jóvenes para expresar y compartir sus pensamientos, opiniones y emociones. Cuando los jóvenes están emocionalmente angustiados, en lugar de usar el canal tradicional de consultar con los amigos, padres o especialistas utilizan los blogs, webs y redes sociales que les pueden proporcionar una vía para compartir y liberar sus emociones e intenciones. Goh y Huang (2009), al igual que Barak (2007) exploran el uso de las tecnologías para identificar y ayudar a jóvenes

que se encuentran desanimados. Los resultados muestran que es posible utilizar las tecnologías para identificar y apoyar a jóvenes en situación de crisis.

5.1.2. Consulta online en la UMA

El Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga (UMA) es un servicio gratuito de atención psicológica a toda la comunidad universitaria, incluyendo alumnos, profesores y personal de la administración y servicios (Valero, 2002).

Funcionamiento:

- Comenzó en 1986, y ha puesto en marcha numerosos programas de orientación y prevención de problemas psicológicos para esta población. En este servicio se realizan intervenciones individualizadas, tanto infantiles como de adultos, programas de tipo comunitario y preventivo, seminarios y cursos de formación a otros colectivos, etc. Se ha visto que parte de las consultas en el centro pueden resolverse con un consejo o una información oportuna, incluso con alguna recomendación bibliográfica.
- Desde Enero de 2001 se puso en marcha un servicio también gratuito de Consulta Online, de forma que se ofreciese una información general sobre los problemas psicológicos y consultas inmediatas en forma de consejo psicológico a través de estas nuevas tecnologías. En la página web (<http://www.uma.es/psicologia/sap.htm>) se informa sobre las diferentes formas de intervención y acceso que existen, pero especialmente del proyecto de consulta a través de internet por correo electrónico y se añaden diversos vínculos hacia otras páginas de autoayuda y problemas psicológicos, donde el usuario podrá encontrar más información sobre algunos trastornos; y enlaces a otros muchos servicios de consulta y terapia por internet.

Valero (2002) nos explica el procedimiento de actuación:

- En el proceso de trabajo diario, las diversas consultas se imprimen y asignan a los distintos profesionales, según el tema o trastorno de que se trate y la disponibilidad de éstos. En ese mismo día o al siguiente, el usuario recibe una contestación específica sobre su problema, una orientación, o unas referencias bibliográficas donde encontrará más información. Cuando los problemas son más graves y no se puede realizar una evaluación, o no hay más posibilidades a través del correo electrónico, se recomienda a esa persona acudir a un psicólogo especializado en su lugar de residencia, y si pertenece a la comunidad universitaria de la UMA se le cita en el centro para continuar el proceso en una terapia habitual.

Los resultados cuantitativos después del estudio de las consultas a la Web, están expuestos en la Tabla 7.

Tabla 7. Total Consultas Online UMA, año 2001

<i>Sexo</i>		<i>Tipo de usuarios</i>		<i>Procedencia</i>	
Mujeres:	54 %	Estudiantes:	57 %	Universidad Málaga:	39 %
Hombres:	46 %	Padres:	7 %	España:	48 %
		Otros adultos:	36 %	Iberoamérica:	13 %

<i>Tipo de consulta</i>		<i>Problemas de conducta</i>		<i>Más problemas de conducta</i>	
Consejo específico:	56 %	Ansiedad específica:	43 %	Autoestima:	4 %
Información:	40 %	Relaciones sociales:	15 %	Sueño:	2 %
Profesionales:	6 %	Relaciones familiares:	12 %	Tabaquismo:	3 %
Bibliografía:	12 %	Depresión:	10 %	Hábitos nerviosos:	4 %
Orientación de vida:	4 %	Relaciones sexuales:	10 %	Obesidad:	2 %
		Problemas infantiles:	10 %	Segundo consejo:	9 %

Fuente: Valero (2002)

El total de personas usuarias que consultaron por Internet fueron 67 durante 12 meses. De esas 67 consultas, 31 eran de hombres y 36 de mujeres (46% y 54% respectivamente).

Los tipos de problemática consultados son muy amplios. En algunos mensajes aparecen varios problemas simultáneamente. Se han cuantificado en

categorías generales, sin pretender ser diagnósticas ni patológicas, sólo con el propósito de describir los problemas narrados en esas consultas.

El servicio SAHAR ofrecido por Barak (2007), también ofrece apoyo online a personas en situación de crisis y comenta que no existen diferencias significativas con respecto al uso del servicio y el género de las personas que acuden a él en busca de consejo y orientación, tal y como ocurre en Telecuidado.

Los Samaritans (2010) ofrecen ayuda (vía online, entre otros medios) a personas en riesgo de suicidio o que necesitan orientación para toma de decisiones que tienen que ver con la trayectoria de su propia vida. Trabajan para aliviar la carga emocional y angustia y reducir la incidencia de los sentimientos y comportamientos suicidas. Se trata de una red de más de 360 centros de voluntarios en 29 países (Irlanda, Londres, Escocia, Gales, etc.) y en seis continentes. Proporcionan ayuda a los necesitados de apoyo emocional, y permiten a las personas explorar sus sentimientos de forma confidencial y sin prejuicios. Del total de personas que han contactado con este servicio en 2007, el 74,50% son mujeres y el 22,30% hombres, (Ferns, Stace y Samaritans General Office, 2007), resultando similar a los datos ofrecidos por la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava (2009); los resultados en cuanto al género de estas dos Asociaciones, no corresponde con los resultados de Telecuidado.

5.1.3. El modelo de Patricia Mulcahy Boer

Boer (2001) desarrolló un modelo para explicar cómo trabaja y las razones por las que recibir consejo por sí sólo, resulta de ayuda para las personas. Para llevar a cabo el proceso de manera simple, empezó por conformar el proceso de asesoramiento con una serie de preguntas: quién, qué, por qué, dónde, cuándo y cómo. Luego, dibujó (Figura 6) un círculo para demostrar cómo las preguntas interactúan para crear el proceso de asesoramiento (Boer, 2001, p. 9):

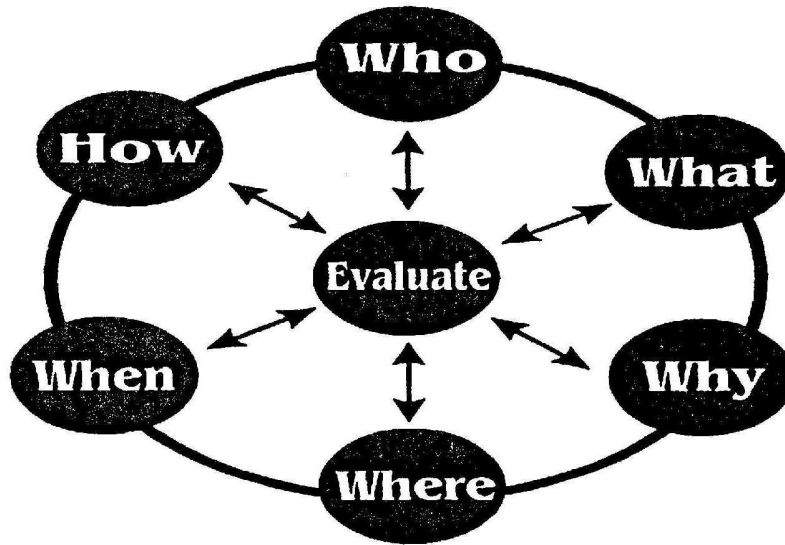


Figura 6. *The Center for Career/Life Planning, año 1994*

Explica que las preguntas relacionadas con quién, qué y por qué son intrínsecas para el cliente, y tienen que ver con sus aspiraciones individuales, habilidades, valores y estilo de vida o el contexto en el que se mueve. Las preguntas dónde, cuándo y cómo son extrínsecas al cliente, enfocadas en los hechos, higiene personal, sueldos, ambientes de trabajo, técnicas de búsqueda de empleo e información personal. Cuando las preguntas intrínsecas se contestan primero, lo demás generalmente surge solo.

Para Boer (2001), el poder del proceso de asesoramiento no nace en la secuencia de preguntas llevadas a cabo o en un análisis formal, sino en cómo se empatiza con el cliente, atendiendo sus sentimientos y facilitando un clima de confianza que le permita realizar sus propias elecciones y encontrar su propio camino. Pronto reconoció que esta población y el público en general, encontraban en estos resultados concretos una afirmación de sí mismos. Y desde entonces, continuó viendo que analizar representa un tipo de afirmación para las personas; en particular cuando confirmas una visión de lo que quieren hacer, o les sirves de ayuda para dirigirse hacia una dirección nueva. Este momento es frecuentemente uno de los mejores puntos para la puesta en marcha del proceso de asesoramiento; es apropiado como punto de partida para el proceso de asesoramiento online.

Familiarizarse con el conjunto de recursos y entender cuál es el más apropiado para cada individuo o población es una habilidad en sí misma. El conocimiento de la información y recursos básicos es esencial para los profesionales dedicados a orientar.

5.2. GRUPOS DE AUTOAYUDA ONLINE

Con el término “grupos de autoayuda online”, Castelnuovo et al. (2001) se refieren a salones de chat (chat rooms), foros de discusión y grupos de noticias (newsgroups), que operan en páginas web relacionadas con la salud, listas de correo (listservs), y otros foros electrónicos centrados en compartir el problema que un grupo envía, y el alivio emocional que supone para los usuarios del grupo.

En general, la efectividad de los grupos online de autoayuda es alta; diferentes investigaciones prueban su eficacia y herramientas de apoyo, por ejemplo, los trastornos alimenticios (Zabinski et al., 2001; Celio et al., 2000) y depresión (Dyer y Thompson, 2000). Otros autores que han estudiado el apoyo grupal online son Colon y Friedman (2003) y comentan que con la disponibilidad de foros online para el alivio emocional, cada vez más individuos recurren a internet para buscar el apoyo. Miyata (2002) exploró cómo el hecho de recibir apoyo social a través de Internet afecta al bienestar de las personas. En particular, enfocó la atención en las comunidades en línea relacionadas con el cuidado de niños y el bienestar psicológico de madres en Japón. Los resultados del estudio muestran que recibir apoyo social en línea promueve el bienestar psicológico.

Posteriormente, Scharer (2005 y 2002) realizó un estudio a padres de niños con problemas emocionales que habían expresado la necesidad de más apoyo social, pero las restricciones de la sociedad limitaban la posibilidad de obtener el apoyo adecuado; de esta manera, pueden encontrar otras familias con circunstancias similares a las suyas.

Lázaro, López-Paz, Amayra, De la Cruz y Palacios (2009) analizaron la eficacia de un programa de apoyo grupal mediante chat de padres de niños y adolescentes con enfermedad de Duchenne. El objetivo del estudio fue evaluar el

impacto del apoyo psicológico online sobre los síntomas de estrés y en el empleo de estrategias de afrontamiento. El estudio efectuado sobre 60 sesiones demostró que el grupo de apoyo online supervisado por una psicóloga fue útil para crear o mantener los grupos de apoyo, reducir los síntomas de ansiedad, reducir el nivel de represión emocional y mejorar el empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Internet y otras redes especializadas han sido usadas para unir individuos con diversos problemas de salud a través del apoyo social basado en páginas web. El apoyo social de forma electrónica ha servido para individuos con cáncer (Kalichman et al., 2003; Klemm, Hurst, Dearholt y Trone, 1999; Klemm, Reppert y Visich, 1998; Sharf, 1997; McTavish et al., 1995), diabetes (Kalichman et al., 2003; Barrera, Glasgow, McKay, Boles y Feil, 2002; McKay, Feil, Glasgow y Brown, 1998), para cuidadores al cargo de enfermos de Alzheimer (Bass, McClendon, Brennan y McCarthy, 1998; Brennan, Moore y Smyth, 1992; Gallienne, Moore y Brennan, 1993), para madres de niños con discapacidad (Dunham et al., 1998) y para padres de niños con autismo (Ellis, 2010). Los estudios de estos últimos autores citados demostraron que las madres solteras jóvenes que estaban más solas, tendieron a usar el apoyo electrónico más que las madres que estaban menos aisladas. Weinert y Hill (2005) unieron mujeres de zonas rurales con enfermedad crónica vía web. Estas mujeres informaron del aumento de sentimientos de apoyo social, al utilizar el diálogo online y los grupos de chat.

Internet puede ser una fuente informativa rica y de apoyo para determinados colectivos en crisis (Acuña y Hernández-Pozo, 2009). Encontrar páginas web de autoayuda y evaluar su calidad es fundamental para hacer un buen uso de ellas. En el Apéndice A se resume en un cuadro algunos recursos sobre intervención en crisis vía online.

Las nuevas tecnologías juegan un papel importante a la hora de ayudar a colectivos a hacer frente a tragedias que involucran a muchas personas. Muchos ISPs (Internet Service Providers) responden inmediatamente estableciendo grupos de apoyo en línea dedicados específicamente a estos colectivos en crisis, víctimas de un acontecimiento traumático. La AOL, por ejemplo, respondió a los tiroteos de la Escuela de Columbine ofreciendo un servicio inmediato. Ofrecieron dos grupos de

chat; un moderador de los chats de AOL interrogó a los participantes y planteó sus preguntas en formato de texto a través de Internet a especialistas en duelo de otros estados. Los participantes pudieron leer las respuestas de los especialistas en duelo y plantear preguntas adicionales. Una vez ocurrido el acontecimiento, comenzó la fase de duelo (Gary y Remolino, 2000). Nuevos miembros se unieron a los del grupo de apoyo online formado por sujetos con experiencia en el tema para buscar apoyo y expresar cólera, enfado y otras emociones.

5.3. LA APLICACIÓN DE SOFTWARE PARA MANEJAR SITUACIONES DE CRISIS EFICAZMENTE

5.3.1. Programas de autoayuda

Cavanagh, Shapiro y Zack (2003) se plantean si la aplicación de un software, es seguro y capaz para manejar situaciones de crisis eficazmente.

El material de autoayuda puede ser definido como cualquier forma (escrito, grabado, etc.), cuyo contenido es un programa tratamiento, orientación y consejo que puede ser autoadministrado por los usuarios con o sin la guía del profesional (Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009; Botella et al., 2007; Botella et al., 2000). Por ejemplo, el BtB (Beat the Blues) supervisa las ideas y los planes de suicidio de los pacientes al comienzo de cada sesión semanal. Los ejemplos de la interacción con este programa pueden verse en el Apéndice B.

Exponemos a continuación varios programas, ya que las pautas llevadas a cabo para la mejoría del usuario, son similares a las aplicadas en nuestro programa, basadas en la ayuda y consejos cognitivo conductuales como veremos en los siguientes puntos:

- a. TAPIR: TAPIR (The Anxiety Panic Internet Resource) ofrece la posibilidad de autoayuda para las personas en estado de ansiedad, pero tal ayuda es limitada para dar información relevante al usuario (por ejemplo, una guía para reconocer las características del trastorno, información sobre los

tratamientos actualmente disponibles y cómo ponerse en contacto con los profesionales o centros que los aplican) (Botella et al., 2000).

- b. Talk to Me: Posteriormente, Botella, Hofmann y Mascovitch (2004), presentaron datos efectivos de un nuevo programa, “Talk to Me”, para el apoyo del miedo a hablar en público. El programa es una intervención autoaplicable basada en Internet que tiene varios componentes. Ofrece ayuda y orientación cognitivo conductual consistente en la psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición y asignación de tareas.
- c. FearFighter, Cope, BT-Steps y Balance: Gega, Marks y Mataix-Cols (2004) describen la aplicación de programas de autoayuda asistidos por ordenador para los estados de ansiedad y depresión llevados a cabo en una clínica de Londres. Los sistemas son accesibles desde casa, dos por teléfono y dos por web (<http://www.ccbt.co.uk/>). El contacto inicial puede hacerse por teléfono con un profesional, y si los pacientes se adaptan a este medio pueden obtener consejo de un terapeuta a través de la línea de ayuda telefónica.
- d. Ayuda online para la ansiedad y depresión generada por el zumbido en los oídos: El zumbido en los oídos es un problema común que es a menudo resistente a las intervenciones quirúrgicas o médicas. De acuerdo con el dolor crónico, se ha encontrado la orientación cognitivo conductual para aliviar el desasosiego y mejorar el funcionamiento de pacientes con esta problemática. En este sentido, recientemente se ha desarrollado un programa de autoayuda para el uso vía internet (Andersson y Kaldó, 2004). La intervención tuvo éxito con reducciones de la molestia del zumbido en los oídos, el estado de ansiedad y ánimo depresivo. Los participantes expresaron particular interés en el entrenamiento en relajación (Andersson, Strömgren, Ström y Lyttkens, 2002). Andersson y Kaldó (2004), Gega et al. (2004) y Prasad y Owens (2001), remarcan la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre esta área.
- e. APG y RV: El Assessment of Personal Goals (APG), es una herramienta únicamente online que puede facilitar los esfuerzos para ayudar a las

personas a entender sus recursos y las razones de su descontento, predecir cómo pueden responder a nivel emocional en situaciones de crisis, y evaluar las oportunidades en términos de su potencial para satisfacer sus objetivos personales. Su aplicación es multicultural, y está desarrollado por psicólogos especialistas en ofrecer consejo y orientación (Henderson, 2009).

Etchemendy, Baños, Botella y Castilla (2010) presentan un programa para personas mayores basado en la técnica de Revisión de Vida (RV) a través de las nuevas tecnologías. El programa se enfoca en el entrenamiento de la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos positivos. El programa de RV desarrollado por este equipo, está basado en el modelo desarrollado por Serrano, Latorre, Montañez y Gatz (2004), con la particularidad de formar parte de un sistema tecnológico de e-salud diseñado especialmente para usuarios de edad avanzada (Botella, Etchemendy, Castilla, Baños, García-Palacios, Quero, Alcañiz y Lozano, 2009).

Consideramos que los software pueden dar las pautas o herramientas a nivel cognitivo-conductual para que una persona en un momento de desánimo se autoaplique lo aprendido; es un paso innovador y suficiente para paliar el estado emocional de las personas cuando están en momentos de crisis. Hemos revisado también el funcionamiento de varias organizaciones que atiende personas en estado de crisis basándose en una intervención cognitivo-conductual, al igual que nuestro programa “Telecuidado de la Salud Psíquica”. Todas ellas, en muchos casos, han conseguido que solo manteniendo una conversación alentadora, o una derivación a lugares donde les puedan ayudar, las personas se sientan arropadas, escuchadas y comprendidas, rebajando su alto nivel de angustia, desánimo y soledad, en ningún momento como tratamiento, sino utilizando estos medios con fines preventivos, sin pretender hacer diagnósticos ni evaluar patologías.

El proceso de asesoramiento por parte de los profesionales que atienden personas en crisis consiste en empatizar con los usuarios, escuchado y atendiendo sus sentimientos y ofreciendo un clima de confianza que les permita decidir por sí mismos y encontrar sus propias alternativas, mostrándoles unas pautas y guías que les sirvan de apoyo y les den seguridad. La atención mediante nuevas tecnologías

ofrece una puerta abierta, una luz de esperanza a personas que no disponen de las herramientas emocionales necesarias para comunicar cara a cara.

CAPÍTULO 6. EL ANÁLISIS DE TEXTOS E INTERNET

Como hemos comentado a lo largo de los capítulos anteriores, las personas conectan vía internet con profesionales y con otras personas para compartir dudas y preocupaciones (Suriá, 2006). Aunque todavía son escasos los estudios que analizan la eficacia de internet como fuente de apoyo y orientación, algunos estudios evidencian los efectos positivos que pueden aportar para la salud, al mismo tiempo que nos posibilitan una nueva forma de acercarnos a conocer las experiencias de las personas con enfermedades a través del análisis del contenido de los mensajes que envían por ejemplo vía email o mediante chats. En nuestra investigación no hemos realizado un estudio longitudinal para conocer los efectos positivos que aporta a la salud la utilización de internet, pero sí hemos estudiado las narraciones escritas de los usuarios para observar las categorías de palabras que utilizan según la problemática de los usuarios y el grupo control.

Una de las técnicas que ha demostrado ser valiosa para estudiar el contenido de las narraciones escritas es el LIWC (Linguistic Inquiry and Word Count), (Pennebaker, Francis y Booth, 2001), un programa informático de análisis de textos, ampliamente utilizado en psicología. El LIWC, basado en una estrategia de recuento de palabras, procesa los textos categorizando las palabras en función de diversas dimensiones: procesos psicológicos, asuntos personales, dimensiones lingüísticas, etc.

6.1. DIMENSIONES DEL LIWC

La primera idea del LIWC surgió en 1986 y Pennebaker y Graybeal (2001), en el año 2001, publicaron un estudio en el que analizaban los efectos de escribir las experiencias sobre hechos traumáticos de la vida en varios grupos de estudiantes universitarios. A partir de entonces numerosas investigaciones se han dedicado a estudiar sus efectos (Sloan y Marx, 2004; Schoutrop, Lange, Hanewald, Davidovich y Salomon, 2002; Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell, 1999; Schoutrop, Lange, Hanewald, Duurland y Bermond, 1997; Pennebaker, 1993).

El LIWC (Pennebaker et al., 2001) está compuesto por 72 dimensiones (Apéndice C) lingüísticas las cuales fueron creadas a partir de conceptos psicológicos y con la ayuda de jueces. A su vez, estas dimensiones se integran dentro de cuatro categorías establecidas previamente:

- a. Categorías del lenguaje estándar: artículos, preposiciones, pronombres incluyendo primera persona en singular, primera persona en plural, etc.
- b. Procesos psicológicos: categorías de emociones positivas y negativas, sentimientos, procesos cognitivos, etc.
- c. Palabras relacionadas con aspectos relativos: tiempo, tiempo del verbo, moción, espacio, etc.
- d. Dimensiones relacionadas con asuntos personales: sexo, muerte, casa, trabajo, familia, etc.

El programa se desarrolló originalmente dentro del contexto de las investigaciones de Pennebaker. Fue diseñado para descubrir qué rasgos y características de las narraciones que hacían las personas sobre sus experiencias tenían efectos positivos para la salud (Páez, Velasco y González, 1999).

Actualmente la aplicación del programa se ha expandido para analizar el uso del lenguaje en otros ámbitos, como fuentes de texto, literatura, narraciones personales, conversaciones cotidianas y más concretamente, uno de los principales objetivos del mismo Pennebaker era utilizarlo como método para examinar las creencias que las personas transmiten al hablar de su enfermedad en diferentes contextos, como en el ámbito de internet (Pennebaker y Graybeal, 2001).

6.2. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL LIWC

Existen muchos estudios relacionados con este programa informático que aportan diversas perspectivas sobre dicho programa. Por ejemplo, el análisis de los emails de varios grupos de personas que enviaban a foros mediante internet para

comparar si existían diferencias a la hora de narrar sus mensajes en función de la enfermedad y del idioma. En este caso se utilizaron foros de discusión en inglés y español de personas deprimidas. No se analizaron otras características personales de los participantes. Estos textos se analizaron lingüísticamente utilizando el LIWC en inglés y español. Se seleccionaron categorías con valor psicológico para la depresión y que hayan sido de relevancia en otras investigaciones (Stirman y Pennebaker, 2001). Estas categorías fueron primera persona en singular (yo, mío, mis); primera persona en plural (nosotros, nuestro); emociones positivas (y sus subcategorías emociones positivas, sentimientos positivos, optimismo); emociones negativas (y sus subcategorías ansiedad, enojo, tristeza) y por último, procesos sociales (incluyendo las subcategorías comunicación, referencia a otros, amigos, familia, humanos).

Los resultados de esta investigación replicaron lo encontrado en otras investigaciones: las personas que están deprimidas utilizan diferentes categorías de palabras que las personas que no están deprimidas (Stirman y Pennebaker, 2001), sin embargo, no se encontraron diferencias entre el factor idioma.

Fernández, Páez y Pennebaker (2009) desarrollan un estudio descriptivo de poblaciones a través del análisis de la escritura expresiva tras los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 y del 11 de marzo de 2004. Se examinaron las narraciones de 325 estadounidenses y de 333 españoles a través del programa lingüístico. El propósito fue analizar, a través de la escritura expresiva, los pronombres, pensamientos, sentimientos y procesos sociales que se generan tras los atentados terroristas.

Los análisis lingüísticos constataron que los españoles escribieron más sobre procesos sociales y que en sus textos reflejaron más pronombres de la segunda y tercera persona, mientras que los estadounidenses utilizaron más pronombres de la primera persona. Los análisis correlacionales indicaron que las emociones se vinculaban con los procesos cognitivos, corroborando la asociación entre los sentimientos y los pensamientos. Los resultados también mostraron que, entre ambas naciones, la dinámica del compartir socio-emocional y pensar sobre los atentados terroristas fue similar, para el periodo comprendido entre la tercera y octava semana tras los atentados.

Por otra parte, Lyons, Mehl, y Pennebaker (2006) encontraron que en foros de discusión sobre la anorexia, que los anoréxicos, que reportan haberse recuperado de la anorexia utilizan más palabras emotivas positivas, menos palabras de ansiedad y menos palabras relacionadas con enfoques en uno mismo. Estas investigaciones demuestran que usar un enfoque de conteo de palabras de manera automática ha sido una manera válida de caracterizar el lenguaje de grupos de discusión en línea de una manera eficiente, teórica y de relevancia para la psicología. Del mismo modo, existen cambios en el uso de las palabras en función de otras variables. Así, Suriá y Beléndez (2009) explican cómo algunas categorías diagnósticas tienen bastante definido su estilo lingüístico, en otros términos, los pacientes de una misma enfermedad tienen un estilo o manera particular de narrar sus experiencias.

De esta forma, los resultados de diversos estudios sugieren que se cumple la idea de la existencia de cambios positivos en el bienestar como resultado de la expresión escrita sobre situaciones estresantes. Estos cambios parece que se reflejan en cambios en el patrón expresivo, por lo que dichas variaciones lingüísticas podrían manifestar los cambios en el ajuste de los usuarios a su condición.

6.3. OTROS ESTUDIOS: EFECTOS PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DE LAS PALABRAS

Ramírez-Esparza, Pennebaker, García y Suriá (2007) desarrollaron dos estudios. Por un lado, presentaron el procedimiento de traducción del LIWC del inglés al español, y demostraron la equivalencia entre las categorías del LIWC en inglés y sus correspondientes categorías en la versión en español. Por otro lado, se muestra el uso del LIWC en inglés y en español al comparar el lenguaje utilizado por mujeres en foros de discusión en internet de depresión y de cáncer de mama. Los resultados mostraron que las versiones correlacionan en la mayoría de las categorías. Asimismo, se encontró que las mujeres en foros de depresión utilizan distintas categorías de palabras que las mujeres en foros de cáncer de mama y estas diferencias son similares en foros de discusión en español e inglés.

Curiosamente, en una serie de estudios (Gardner, Gabriel y Lee, 1999; Brewer y Gardner, 1996) se demostró que el uso de pronombres puede dar origen a

distintos conceptos del “yo”. Más específicamente estos investigadores pidieron a un grupo personas que identificaran en un texto pronombres en primera persona del plural (por ejemplo, nosotros) y que los circularan, y a otro grupo de personas les pidieron que identificaran pronombres en primera persona del singular (yo, mío, etc.) y que los marcaron con un círculo. Después los autores midieron su yo colectivo y su yo individualista (mediante cuestionarios) y encontraron que las personas que identificaron pronombres en primera persona en plural tenían un auto-concepto más colectivo, a diferencia de los participantes que circularon los pronombres en primera persona singular.

Esta serie de investigaciones indica que las palabras (en este caso pronombres) tienen un efecto psicológico y cultural de manera que las personas pueden cambiar su referencia del “yo” ya sea a un “yo” colectivo (característico de países tales como México, España o Japón) o un “yo” individualista (característico de países individualistas como Estados Unidos o Alemania). Debido a esta evidencia podemos inferir que el uso de las palabras tiene implicaciones psicológicas y culturales.

Pennebaker y Stone (2003) demostraron una relación entre edad y el uso de las palabras. Específicamente, mostraron que a mayor edad, los individuos utilizan más palabras emotivas positivas, menos palabras negativas emotivas, menos referencias a la primera persona singular, más uso de palabras en tiempo futuro y menos uso de palabras en tiempo pasado.

Por otro lado, se ha encontrado que hay diferencias en el uso de las palabras entre hombres y mujeres (Mehl y Pennebaker, 2003; Pennebaker y King, 1999). Por ejemplo, al escribir, las mujeres utilizan más palabras en primera persona del singular que los hombres (Pennebaker y King, 1999) y en las conversaciones cotidianas los hombres utilizan más groserías y artículos, y las mujeres utilizan más palabras o expresiones de “relleno” (“este”, “mmm”, etc.) y más palabras que indican discrepancia (“debería”, “podría”, “debo”, etc.) (Mehl y Pennebaker, 2003). El uso de las palabras también está relacionado con la personalidad. Por ejemplo, se ha encontrado que el neuroticismo se relaciona con una mayor frecuencia del uso de palabras en primera persona, así como un mayor uso de palabras con valencia

negativa y menos uso de palabras con valencia positiva (Pennebaker y King, 1999). Por otro lado, en otro estudio se encontró que las personas que dicen la verdad utilizan más pronombres en primera persona que los individuos que mienten (Newman, Pennebaker, Berry y Richards, 2003). También se ha mostrado que después de experimentar un trauma colectivo (el 11 de Septiembre, la muerte de la Princesa Diana, etc.), las personas experimentan “un descenso” o “una reducción” en el uso del pronombre “yo” e incrementa el uso del pronombre “nosotros” (Cohn, Mehl y Pennebaker, 2004; Stone y Pennebaker, 2002).

6.4. LAS TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN Y LAS PALABRAS

Las teorías y perspectivas que explican los mecanismos asociados a la depresión son abundantes. Sin embargo, en el estudio Ramírez-Esparza et al. (2007) se centran en tres teorías.

La primera menciona que las personas deprimidas tienden a pensar en una gran medida en ellos mismos. Por ejemplo, Pyszczynski y Greenberg (1987) han especulado que las personas deprimidas después de que han perdido su fuente de autovaloración, se ven sumergidos en tratar de ganar lo que han perdido, por lo tanto tienden a enfocarse en sí mismos. De acuerdo a esta teoría se podría argumentar que las personas que están deprimidas van a tender a utilizar más palabras asociadas a centrarse en sí mismos que las personas que no están deprimidas.

La segunda es de Beck (1967), quien en su teoría cognitiva de la depresión postula que las personas que están deprimidas tienden a verse a sí mismos y al mundo en términos negativos. De acuerdo a esta teoría se puede especular que las personas que están deprimidas van a tender a usar más palabras con valencia negativa (y menos con valencia positiva) que las personas que no están deprimidas.

La tercera, es el modelo del suicidio llamado integración social/desconexión de Durkheim (1951). Este modelo establece que una de las claves que llevan al suicidio es la percepción de que uno mismo no está integrado en la sociedad, o en otras palabras, que está desconectado de la vida social. De acuerdo a esta teoría, uno puede especular que las personas que están deprimidas van a tender a usar menos

palabras asociadas a procesos sociales (por ejemplo, menos palabras en primera persona del plural).

En un estudio, Stirman y Pennebaker (2001) utilizaron el LIWC en inglés y compararon el uso del lenguaje en nueve poetas que se suicidaron y nueve poetas que no lo hicieron (aunque en este estudio no se midió depresión, se puede inferir que los poetas que se suicidaron estaban más deprimidos que los poetas que no se suicidaron). Se encontró que los poetas que se habían suicidado utilizaban más palabras en primera persona del singular (yo, mi, mío, etc.) y menos palabras en primera persona del plural (nosotros, nuestro, etc.). Asimismo, los poetas suicidas tendían a utilizar menos palabras referentes a otros. Un hallazgo poco inesperado fue que los grupos no difirieron en el uso de palabras negativas o positivas.

En otro estudio, Rude, Gortner y Pennebaker (2004) utilizaron el LIWC para analizar ensayos libres (por ejemplo, ensayos sobre emociones y pensamientos más profundos) escritos por estudiantes deprimidos y estudiantes no deprimidos. En este estudio los niveles de depresión se midieron con respecto a auto-evaluaciones dadas al Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). De acuerdo a lo esperado con respecto a la teoría de Pyszczynski y Greenberg (1987), los estudiantes deprimidos utilizaron el pronombre “yo” con mayor frecuencia que los no deprimidos. Con respecto a lo esperado, según la teoría de Beck (1967), se encontró que los estudiantes deprimidos utilizaron más palabras con connotación negativa y marginalmente menos palabras con valencia positiva que los estudiantes no deprimidos. Finalmente, con respecto a lo esperado de acuerdo a la teoría de Durkheim (1951), no se encontraron diferencias en el uso de palabras asociadas a procesos sociales. Además, no se pudo analizar el uso de palabras en primera persona en plural porque la frecuencia del uso de estas palabras fue muy baja.

6.5. CRISIS Y ESCRITURA EXPRESIVA

Fernández, Páez y Pennebaker (2004) examinaron los efectos de la escritura expresiva sobre los ataques terroristas perpetrados el 11 de Marzo (11-M) de 2004 en Madrid. Mediante un estudio longitudinal (tres medidas) se evaluó las consecuencias

personales y sociales que supone escribir sobre los sentimientos y pensamientos tras el 11-M. En general, los participantes que escribieron sobre el 11-M –tres semanas tras los atentados terroristas– manifestaban una menor intensidad emocional, un menor compartir social, así como una mayor balanza de clima emocional percibido en comparación con el grupo control.

Por otro lado, el análisis lingüístico informatizado, mediante el programa LIWC de las narraciones en algunos estudios experimentales muestra que:

- a. Los sujetos que se benefician más de confrontar narrando los hechos traumáticos son aquellos que: a) usan más palabras cognitivas (de introspección y causales), b) utilizan un alto número de palabras emocionales positivas, c) un número moderado de palabras negativas, y d) un cambio en los pronombres y las auto-referencias. En términos más generales, una narración sobre un trauma tiene efectos positivos en la medida que se construye un escenario causal, que le da orden y explicación a lo ocurrido.
- b. La narración enfatiza los aspectos positivos, de crecimiento personal y de mejora de las relaciones con los otros probablemente, que se asocian si no al hecho, a las reacciones posteriores.
- c. Se aceptan y no reprimen las emociones negativas, aunque tampoco se enfatizan como elemento principal –tanto un nivel muy bajo como muy alto de palabras emocionales negativas se asocia a un peor ajuste psicológico a medio plazo–.
- d. Las narraciones más beneficiosas son aquellas en las que la persona oscila entre varios puntos de vista, a veces escribe en primera persona singular y otras en tercera persona plural por ejemplo, mostrando un distanciamiento y cambio de perspectiva (Pennebaker, 2003).

La confrontación de hechos traumáticos, mediante la expresión tanto verbal como escrita, tiene efectos positivos más substanciales en personas con más dificultades de verbalización emocional, sean hombres o mujeres y en sujetos con

puntuaciones elevadas de alexitimia, es decir, en individuos que tienen dificultades para verbalizar sus emociones (Páez et al., 1999). Además, Pennebaker (2003) ha encontrado que escribir o narrar tanto sobre los sufrimientos y traumas colectivos reales, como sobre escenarios imaginarios tiene efectos tan beneficiosos como narrar sobre un trauma personal real; probablemente estos efectos positivos tengan que ver con la capacidad del manejo de emociones negativas.

Estudios recientes han mostrado también que activar la perspectiva de tercera persona refuerza valores colectivistas, mientras que activar la perspectiva de la primera persona refuerza valores individualistas (Lehman, Chiu y Schaller, 2004). En este sentido, es razonable pensar que escribir sobre la experiencia de la gente producirá cambios en la percepción del bienestar colectivo, mientras que escribir sobre la experiencia personal tendrá efectos sobre el bienestar personal.

Fernández et al. (2004) han constatado que, escribir desde una perspectiva personal sobre los sentimientos y pensamientos en torno a un trauma colectivo, ayuda a la regulación afectiva individual. Mientras que, narrar los acontecimientos traumáticos desde un punto de vista colectivo o general mejora la percepción de cohesión social. Hablar sobre un episodio emocional es un indicador de activación, que se asocia tanto a la alteración afectiva como a la rumiación (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech y Philippot, 1998). En este sentido, escribir sobre la experiencia personal disminuye la necesidad de hablar y, en menor medida, los pensamientos rumiativos, sugiriendo que ayuda a regular la alteración afectiva-cognitiva producida por un trauma colectivo. El análisis lingüístico –mediante el LIWC– confirmó que escribir desde la perspectiva del grupo hace saliente la identidad colectiva, ya que se utiliza más el nosotros como pronombre y, además, se refuerza una visión de cohesión social, de menor emocionalidad negativa y de mayor solidaridad. Aunque el efecto de la escritura expresiva se produjo principalmente sobre la menor necesidad de hablar, la menor alteración afectiva y la visión menos negativa del clima emocional.

La narración sobre los hechos ha resultado una estrategia adaptativa. De este modo, los relatos que explican lo ocurrido, que enfatizan lo positivo y que aceptan las emociones negativas sin reprimirlas, aunque no las enfatizan mucho, son

testimonios beneficiosos que contribuyen en el crecimiento personal y mejoran de las relaciones con otros; como respuestas positivas al trauma.

Ramírez-Esparza, Chung, Sierra-Otero y Pennebaker (2009) proponen que la meta de futuras investigaciones deberá ser analizar el uso del lenguaje de aquellas personas que experimentaron mejoría en corto tiempo versus quienes necesitaron un periodo largo de tiempo participando en foros en línea para personas deprimidas; y ver si hay una relación entre el tiempo (corto o largo) y el lenguaje utilizado: activo o pasivo, ya que esta diferencia en el lenguaje implica actitudes diferentes hacia su estado emocional. Los que utilizan un lenguaje activo parecen tener más claros sus síntomas, los tratamientos y medicamentos adecuados para tratar una depresión. Mientras que los que utilizan un lenguaje considerado como pasivo se refieren más a sus sentimientos, problemas, relaciones con las personas cercanas, sentimientos de inseguridad y desesperanza; en otras palabras, utilizan el foro para desahogarse de las emociones negativas propias de la depresión.

En conclusión, analizar el contenido de los textos de los usuarios de internet relacionados con temas de salud, pueden ayudar a conocer sus emociones, su estado de ánimo, y cómo van variando en el tiempo los términos asociados a aspectos psicológicos, pudiendo reflejar el alivio del estrés y el efecto terapéutico conseguido al narrar por escrito los sentimientos y situaciones críticas vividas por los usuarios. Algunos estudios incluso han demostrado que las personas de una misma enfermedad tienen un estilo particular de narrar sus vivencias. Diversos estudios han demostrado que el uso de las palabras tiene implicaciones psicológicas, y a mayor edad las personas utilizan más palabras emotivas positivas y menos referencia a la primera persona del singular; las mujeres utilizan más palabras en primera persona del singular que los hombres y más palabras de relleno. Tanto un nivel muy bajo como muy alto de palabras emocionales negativas se asocia a un peor ajuste psicológico.

En otras palabras, los usuarios utilizan internet para escribir sus preocupaciones y consultas y así desahogarse de las emociones negativas propias de la ansiedad, soledad y desánimo (depresión). De esta manera, la participación de profesionales detrás de estos escritos, a nivel coloquial pueden dar una orientación

sobre el control emocional, utilizando como base la ayuda y orientación cognitivo-conductual como ya se ha mencionado.

SEGUNDA PARTE: Marco empírico

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1.1. POBLACIÓN OBJETIVO Y UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

El estudio se realizó con personas que acudieron voluntariamente demandando ayuda y orientación al programa “Telecuidado de la Salud Psíquica”, subvencionado por el Instituto Foral de Bienestar Social de la Excelentísima Diputación Foral de Álava. El periodo comprendido para la recogida de datos que se llevó a cabo, fue del 1 de agosto de 2006 al 1 de septiembre de 2010.

1.2. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS

Una vez examinados los estudios realizados sobre la atención vía internet a personas en crisis, nos hemos planteado los siguientes objetivos. En primer lugar, como objetivo general, es conocer la idiosincrasia de los usuarios en crisis y la descripción de los aspectos psicosociales más relevantes.

Objetivos específicos:

- a. Conocer el perfil sociodemográfico, en particular las variables de género y la edad, de los usuarios que contactan con el servicio para obtener un perfil de las personas usuarias.

Las personas que acudan al servicio Telecuidado de la Salud Psíquica, independientemente de la problemática o situación que vivan, en busca de apoyo y orientación, se espera que presenten un tipo de problemática diferente según la edad y género en comparación con las personas sin problemática.

- b. Estudiar qué medios son más requeridos por los usuarios en el ámbito de la intervención en crisis e internet (email, chat y videoconferencia) por parte del centro de urgencia.

Los medios utilizados por las personas en situación de crisis serán el email, el chat y la videoconferencia, esperando que predomine el uso del email, por la asincronía y anonimato que le caracteriza.

- c. Identificar los problemas psicosociales presentados a fin de dar una respuesta posterior desde el punto de vista cognitivo-conductual.

A través de internet los usuarios de las líneas hotline, como en el caso de aquellos que son atendidos por el Teléfono de Esperanza o el programa Telecuidado de la Salud Psíquica, es probable que presenten alguna de las tres grandes problemáticas que con más frecuencia se reflejan en los teléfonos de urgencia, como son los estados de ansiedad, soledad y estados de desánimo.

- d. Conocer si los usuarios han transmitido respuestas de agradecimiento en los textos a través del email, chat y videoconferencia.
- e. Analizar los textos/palabras de las personas usuarias mediante el programa informático LIWC, que analiza los contenidos de los mensajes escritos observando las categorías de palabras que utilizan los usuarios según su problemática.

Dado que internet permite disponer las narrativas escritas de los usuarios y el análisis de la categorización de palabras utilizadas, es posible analizar algún tipo de correlación entre los contenidos temáticos y palabras características de ellos según el análisis que realiza el programa LIWC. Se espera que las personas que presentan un estado de ansiedad, soledad y desánimo, utilicen diferentes categorías de palabras que las personas sin problemática y que el género y la edad afecten a la utilización de diferentes palabras.

- f. Estudiar el grado de satisfacción de los usuarios sobre las intervenciones realizadas mediante un cuestionario “ad hoc”.

El estado de ansiedad, soledad y desánimo de las personas participantes y el grupo control puede influir de manera diferente en las respuestas de satisfacción de las personas usuarias del servicio en los momentos de crisis.

1.3. HIPÓTESIS

Las hipótesis que se formulan a partir de los problemas referidos son las siguientes:

H1. El nivel de distress psicológico, entendido por el grado de ansiedad, soledad y desánimo de las personas que solicitan los servicios de telecuidado, es directamente proporcional a variables sociodemográficas como la edad.

Esta hipótesis justifica que la edad de las personas que acuden al servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica” varía según la problemática y con respecto al grupo control.

H2. El subgrupo de personas con alto nivel de distress, evaluado a través de los indicadores de estado de ansiedad, soledad y desánimo, verbalizan más su problemática que el grupo sin problemática (grupo control).

Esta hipótesis justificaría la necesidad de los servicios de telecuidado dirigidos a este colectivo que se puede beneficiar mediante el uso continuado del servicio a través de las nuevas tecnologías como son el email, chat y videoconferencia.

H3. Las personas con mayor nivel de distress psicológico, evaluado a través de los indicadores de estado de ansiedad, soledad y desánimo, respecto al grupo sin problemática (grupo control), verbalizan sus problemas de diferente manera, empleando para ello categorías semánticas propias.

Esta hipótesis justificaría que las personas con altos niveles de distress acuden a los servicios de ayuda en busca de apoyo y cada colectivo acudiría según su problemática y necesidades. El contenido de sus mensajes sería de diferente naturaleza que el del grupo control.

H4. Las personas con mayor nivel de distress psicológico, a través de los indicadores de estado de ansiedad, desánimo y soledad, sienten menor grado de satisfacción por la atención recibida que el grupo control.

Esta hipótesis justificaría que las personas que acuden al servicio son críticas con respecto a la atención solicitada, expresando diferentes opiniones y puntos de vista según las diversas problemáticas y el grupo sin problemática.

1.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operativamente, los objetivos específicos mencionados se estudian a través de un conjunto de variables, para lo cual se realizarán tres estudios empíricos.

Del primer estudio, consistente en una descripción sociodemográfica, se realizará una descripción de los medios utilizados por los usuarios, de la problemática y necesidades de los usuarios y de las respuestas de agradecimiento en el propio texto expuesto por las personas participantes, destacamos las siguientes variables:

- a. Descripción sociodemográfica de los datos obtenidos con las variables:
 - Género.
 - Edad de los usuarios en el momento de contacto (tres grupos: <29 años, de 30 a 59 años y >60 años). Apareamiento de la edad con el género y la problemática. La problemática (Variable Independiente) se relaciona con la media de edad (Variable Dependiente) de las personas usuarias.
- b. Descripción de los medios utilizados por los usuario con las variables:
 - Email, chat o videoconferencia, ya definidos en la parte teórica.
- c. Descripción de la problemática y necesidades de los usuarios, clasificadas a través de un primer análisis descriptivo, coincidiendo con las problemáticas de los teléfonos de crisis: agorafobia; estado de desánimo (depresión); estado

de desánimo (depresión) por desempleo; ataque de pánico; ansiedad y exámenes; ansiedad y ama de casa; ansiedad y toma de decisión; ansiedad y trabajo; impulsividad y agresividad; impulsividad y ludopatía; impulsividad y sexo; conflicto de pareja; soledad; duelo; trastorno de alimentación; información general; deporte y psicología; burn-out; esquizofrenia paranoide; trastorno bipolar; hipocondrías; hemofobia; TDAH.

Las problemáticas que plantean los usuarios se clasificarán operativamente bajo tres estados, y aquellos que no entran dentro de tales epígrafes se incluyen en un grupo control, siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994 y 1995) y de otros autores que se citan en cada problemática:

1. Estados de ansiedad, que se entienden por preocupación o preocupaciones excesivas en torno a toda una serie de acontecimientos o actividades en las cuales le es difícil al individuo controlar las preocupaciones o los síntomas físicos que producen un deterioro o malestar importante en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas relevantes (American Psychiatric Association, 1994). Estado de ansiedad (agorafobia, ataque de pánico, ansiedad y exámenes, ansiedad y amas de casa, ansiedad y tomas de decisiones, ansiedad y trabajo, hipocondrías y hemofobia). Todas estas problemáticas quedan definidas y justificadas bibliográficamente en el Apéndice D.
2. Estados de desánimo, que se entienden por aquellas problemáticas que incluyen las que tienen como característica principal una alteración del humor. Son un conjunto de síntomas que afectan a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida (American Psychiatric Association, 1995).

Estado de desánimo presente en trastornos de depresión situacional (desempleo) y no situacional (rasgo depresivo), duelo, esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar. Todas estas problemáticas quedan definidas y justificadas bibliográficamente en el Apéndice E.

3. Estados de soledad, que se entienden por aislamiento o confinamiento, falta de contacto con otras personas, ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias (Ruiz, 2001).

Estado de soledad (soledad y burn-out). Todas estas problemáticas quedan definidas y justificadas bibliográficamente en el Apéndice F.

4. Sin problemática (grupo control), que se entiende por aquellas consultas que no entran dentro de los estados de ansiedad, desánimo y soledad, como por ejemplo cuestiones acerca de información general, o intereses de otros tipos.

Sin problemática (grupo control) (impulsos y agresividad, impulsos y ludopatía, impulsos y sexo, conflicto de pareja, trastornos de alimentación, información general, deporte y psicología y Tdah). Todas estas problemáticas quedan definidas y justificadas bibliográficamente en el Apéndice G.

d. Descripción de las respuestas de agradecimiento con la variable:

- Agradecimiento del servicio recibido a través del email, chat y videoconferencia.

Del segundo estudio, consistente en una descripción de los análisis de textos mediante el programa LIWC, destacamos las siguientes variables:

1. Variables Independientes: Edad; género; problemática (grupos: estado de ansiedad/estado de desánimo/estado de soledad/sin problemática-grupo control)

2. Variables Dependientes medidas operativamente según la clasificación expuesta por Pennebaker, Chung, Ireland, Gonzales y Booth (2008) través de: Verbalización del problema según el número total de palabras; uso de la 1ª persona singular; emociones positivas operativizadas como: feliz, bonito, bueno, amor, felicidad, orgullo, ganar, etc.; emociones negativas operativizadas como: odio, enemigo, nervioso, miedo, tenso, llorar, tristeza, etc.; uso de la 1ª persona plural; palabras sociales operativizadas como: hablar, nosotros, amigos, compartir, conversar, mama, hermano, mujer, niño, etc.

Del tercer estudio consistente en una descripción de la satisfacción del servicio mediante un cuestionario, destacamos las siguientes variables:

1. Variables Independientes: Problemática (estado de ansiedad/estado de desánimo/estado de soledad/sin problemática)
2. Variables Dependientes, operativizadas cuantitativamente en una escala tipo Likert de 0 a 6 con los siguientes niveles: 0 (muy bajo, muy malo, muy a disgusto); 1 (bastante bajo, bastante malo, bastante a disgusto); 2 (bajo, malo, a disgusto); 3 (indiferente); 4 (alto, bueno, a gusto); 5 (bastante alto, bastante bueno; bastante a gusto); 6 (muy alto, muy bueno, muy a gusto): Rapidez en atención; trato amable y cercano; profesionalidad y capacidad; capacidad de escucha; capacidad comprensiva; honestidad y sinceridad; capacidad de ofrecer distintos servicios; utilidad de las soluciones a las necesidades; capacidad de estar “ahí” cuando existe necesidad; respuesta a necesidades concretas; respeto a los valores; medios técnicos con los que se atiende; las personas que atienden; satisfacción de la ayuda recibida en el ámbito de la salud psíquica; satisfacción de la ayuda recibida en el ámbito de la autonomía desde el punto de vista psicológico; satisfacción de la ayuda recibida en los momentos de crisis; satisfacción de la ayuda recibida en el ámbito de desarrollo personal; satisfacción de la ayuda recibida para disminuir el posible estado de ansiedad;

satisfacción de la ayuda recibida para superar el posible estado de tristeza

1.5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

a. Hoja de datos psicosociodemográficos:

Los datos psicosociodemográficos, son datos encontrados en los propios mensajes enviados por las personas usuarias al servicio Telecuidado de la Salud Psíquica, transcritos y recopilados mediante un análisis exhaustivo de cada email, chat o videoconferencia, y recogen las siguientes variables: Género, edad, problemática, elección del medio (email, chat, videoconferencia) y agradecimiento en la propia respuesta del usuario.

b. Programa LIWC:

El LIWC es una de las técnicas que ha demostrado ser valiosa para estudiar el contenido de las narraciones escritas (Pennebaker, Francis y Booth, 2001) utilizado en Psicología. Es un programa informático de análisis de textos, basado en una estrategia de recuento de palabras, procesamiento de los textos categorizando las palabras en función de diversas dimensiones: procesos psicológicos, asuntos personales, dimensiones lingüísticas, etc. Por esta razón, el análisis de los textos de los usuarios participantes de esta investigación se realizó con el LIWC, y se seleccionaron las categorías mencionadas en el Capítulo 6 de la parte teórica y que hubieran sido utilizadas en otras investigaciones (Stirman y Pennebaker, 2001, etc.). Estas categorías se refieren al uso de palabras en primera persona singular (yo, mí, mi...), el uso de palabras con valencia positiva (contento, bonito, bueno, amor...) y valencia negativa (odio, enemigo, nervioso, miedo...), el uso de palabras en primera persona del plural (nosotros, nuestro...) y palabras sociales (mención de amigos, familia o comunicación).

Además, el LIWC (Pennebaker et al., 2001) está compuesto por 72 dimensiones lingüísticas y a su vez, estas dimensiones se integran dentro de cuatro categorías establecidas previamente: Categorías del lenguaje estándar, procesos

psicológicos, palabras relacionadas con aspectos relativos y dimensiones relacionadas con asuntos personales

Diversos estudios demuestran la validez y fiabilidad de este programa informático de análisis de textos. El LIWC ha demostrado tener estabilidad a través del tiempo y consistencia a través de los contextos (Ramírez-Esparza et al., 2007). Pennebaker y King (1999) analizaron un gran número de textos tomados de diarios, trabajos de escuelas, resúmenes de revistas y encontraron una consistencia alta a través del tiempo. En el estudio de Pennebaker y King (1999), se investigó el grado en que el uso del lenguaje es fiable con independencia del tiempo y de los temas, además se intentó estudiar en qué medida el LIWC posee una estructura factorial fiable y muestra una adecuada validez de constructo y divergente.

La primera fase del estudio consistió en estudiar la fiabilidad del uso del lenguaje mediante tres procedimientos escritos diferentes: 18 entradas de diario de cada uno de 15 pacientes ingresados en un centro de tratamiento de adicciones y 10 clases de asignaciones escritas de 35 estudiantes de psicología de la salud. La segunda parte, consistió en el examen de la estructura factorial de la muestra de escritos de una total de 838 estudiantes de introducción a la psicología.

La media del índice de consistencia interna en los 72 indicadores de las variables de lenguaje fue de 0,59. Aproximadamente, el 80% de los coeficientes fueron de 0,60 o más altos. Por otro lado, la validez factorial identificó un total de 15 variables cuya validez de constructo fue apropiada ($KMO=0,633$). De este total, los índices que presentaron mayor consistencia interna fueron: palabras de más de seis letras ($\alpha= 0,74$) y primera persona de singular ($\alpha= 0,69$). Por otro lado, los factores obtenidos en la prueba fueron los siguientes y con las siguientes saturaciones: inmediatez (22,4%), efectuar distinciones (10,3%), pasado social (9,8%) y racionalización (8,6%). Respecto a los criterios de validez convergente y divergente, las correlaciones de algunos de estos factores con los factores de otras pruebas, como el TAT y el PRF fueron significativas. Así, por ejemplo, se apreciaron correlaciones estadísticamente significativas de valor moderado entre necesidad de logro e inmediatez ($r=0,33$, $p<0,01$), necesidad de logro y pasado de social ($r=0,23$, $p<0,01$). De igual manera, se apreciaron correlaciones moderadamente bajas, pero

significativas, entre el factor “inmediatez” y algunos factores del Big Five, como neuroticismo ($r=0,10$, $p<0,05$) o apertura ($r=-0,16$, $p<0,001$).

En otros estudios, Mehl y Pennebaker (2003) recolectaron conversaciones de estudiantes en su vida cotidiana utilizando una pequeña grabadora, y también encontraron una alta consistencia en el uso de las palabras a través del tipo de contexto social. Pennebaker y Stone (2003) demostraron una relación entre edad y el uso de las palabras, y en su estudio comprobaron que a mayor edad, los individuos utilizan más palabras emotivas positivas, menos palabras negativas emotivas y menos referencias a la primera persona singular.

Gracias al programa informático se ha demostrado que la narración sobre los hechos y situaciones críticas resulta ser una estrategia adaptativa y fiable (Lyons et al., 2006; Newman et al., 2003; Pennebaker y Stone, 2003; Fernández et al., 2004; Páez et al., 1999). De este modo, los relatos que explican lo ocurrido y aceptan las emociones negativas sin reprimirlas, benefician y contribuyen al crecimiento personal y prevención y mejora de la calidad de vida, como respuestas positivas a la situación personal crítica vivida. Por esta razón, hemos decidido la aplicación del programa para analizar el uso del lenguaje en diversos ámbitos, como en el ámbito de Internet (Pennebaker y Graybeal, 2001).

c. Cuestionario de satisfacción:

El cuestionario de satisfacción (Apéndice J) consiste en una encuesta dirigida a las personas usuarias del servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica” mediante el cual realizamos algunas preguntas para conocer su grado de satisfacción y eficacia con respecto a los servicios que les hemos prestado, siguiendo los criterios de cuestionarios de evaluación de calidad de diversos consulting de organización (Consultora de Organizaciones-Enpresa Konsultorea, 2010) adaptado a la situación específica de nuestros usuarios. Se les da instrucciones para que apunten, según su opinión, una serie de cuestiones y no tienen que poner su nombre pues es anónimo, pero sí se les sugiere que anoten el género y la edad.

El instrumento consta de dos apartados de preguntas, y se trata de que puntúen su opinión en una escala del 0 al 6, teniendo en cuenta que 0 corresponde a “muy bajo, muy malo, muy a disgusto” y 6 “muy alto, muy bueno, muy a gusto”. Se les indica que si alguna de las preguntas no se aplica en su caso, no las respondan.

El primer apartado de preguntas se refiere a hechos generales y consta de 13 cuestiones, entre ellas: qué opinión tienen con respecto a la rapidez de atención, si el trato por parte de los profesionales ha sido amable y cercano; en relación a los profesionales, se cuestiona su profesionalidad y capacidad de escucha y comprensión, además de la honestidad, respeto a los valores, sinceridad y utilidad de las soluciones a las necesidades de los usuarios. Es este apartado también hay alguna pregunta referida a los medios técnicos de atención.

El segundo apartado de preguntas consta de 6 cuestiones concretas centradas en el grado de satisfacción con respecto a la ayuda recibida en diversos ámbitos, por ejemplo, en el ámbito de la salud psíquica, en el ámbito de la autonomía desde el punto de vista psicológico, en la ayuda recibida en los momentos de crisis, en la ayuda recibida en el ámbito de desarrollo personal y a la hora de paliar su posible estado de ansiedad y/o tristeza. Además, a cada una de las 6 cuestiones de este segundo apartado, se les suma una pregunta abierta que ayuda a los profesionales en qué deberían mejorar.

Al finalizar el cuestionario de satisfacción, hay un apartado de sugerencias varias con vista a una mejoría del servicio Telecuidado de la Salud Psíquica.

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

La presente investigación sigue una doble metodología: preexperimental y cualitativa. Respecto a la primera, se procederá a comparar a tres grupos experimentales y un grupo control (Tabla 8) mediante un diseño de comparación estática o grupo de control no equivalente, con posttest.

Tabla 8. *Distribución de los grupos: grupos experimentales y control*

Grupos	Asignación	Pretest	Tratamiento	Posttest
Experimental (Ansiedad)	NA	--	x	O ₁
Experimental (Soledad)	NA	--	x	O ₁
Experimental (Estado de desánimo)	NA	--	x	O ₁
Control	NA	--	--	O ₂

Fuente: Elaboración propia

Este diseño no permite establecer con la fiabilidad que se exige a otros procedimientos, como el método experimental o la relación entre dos o más variables. Por otro lado, no existe un control sobre la selección de los participantes dado que su participación es eminentemente voluntaria, la comparación formal es limitada y existe escaso control de variables extrañas. Por último, también se asume la posible mortalidad muestral, derivada de su intención de no seguir participando en el proceso.

Además se aplicará una la metodología cualitativa, recogiendo los datos descriptivos (López, Blanco, Scandroglio y Rasskin, 2010; Mendoza, 2006), a través de las propias palabras de las personas, habladas o escritas. Esta metodología ya ha sido probada en anteriores estudios, como el realizado por Denzin y Lincoln (2005), mediante el análisis de la narrativa. En nuestro caso, el análisis de las problemáticas reportadas a nivel verbal, requiere un tipo de investigación con una construcción abierta en todo su proceso, lo cual supone el ordenar y seleccionar dicha información, teniendo como criterio la mayor relevancia teórica del material obtenido a través de la selección de la información, segmentándola en temas y variables para poder describirla, establecer categorías y codificar los datos cualitativos cuantitativamente. Igualmente, se establecerán tanto las categorías de información (demandas de los usuarios) como de las respuestas dadas por telecuidado (Apéndice I) en base a la revisión bibliográfica revisada anteriormente, siguiendo las diferentes etapas de la metodología cualitativa propuesta por Pizarro (2000).

1.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo del programa es atender de forma inmediata y gratuita a todas las personas usuarias del programa Telecuidado de la Salud Psíquica. Para que contacten con el servicio, pueden hacerlo mediante email, chat o videoconferencia, por lo que es necesario disponer de los siguientes requisitos técnicos: un ordenador, una conexión ADSL, una webcam con micrófono y auriculares y el programa Skype, que se descarga de forma gratuita a través de internet. Por lo tanto, las características comunes a tener en cuenta para participar en el programa son las siguientes:

- Ordenador e internet, y manejo suficiente de los mismos para enviar emails, realizar chat y videoconferencias (Programa Skype).
- Personas de cualquier edad que se encontraran en situación de crisis (ansiedad, estrés, soledad, desánimo, etc.).
- Ser usuario del proyecto “Telecuidado de la Salud Psíquica”.

La realización y atención de las personas usuarias se lleva a cabo siguiendo una serie de procedimientos: *Las personas tienen dos vías principales de acceso al programa de Telecuidado, a través de la página web o bien mediante la información publicitaria en formato de trípticos. Cuando un posible usuario se pone en contacto por cualquiera de los medios posibles (email, chat o videoconferencia), se le informa de los objetivos del programa y se le envía o se le indica que descargue de la página web, el consentimiento informado, en el que se compromete a cumplir con las normas y objetivos del programa y se le garantiza la confidencialidad de datos.*

La persona usuaria es atendida siempre de forma inmediata por las personas responsables del servicio contratadas para tal efecto (dos psicólogos). Las demandas por un motivo de urgencia o crisis son atendidas rápidamente por el personal contratado. Una vez establecido el primer contacto entre la persona usuaria y el personal de Telecuidado de la Salud Psíquica, y dependiendo del tipo de problemática que presente, se procede al apoyo y alivio emocional, y al envío de programas o pautas que faciliten la prevención y mejora de su salud, fundamentándonos en las líneas psicoeducativas.

El horario de atención de Telecuidado de la Salud Psíquica es de 7:00 a 15:00 y de 14:30 a 22:30 de lunes a viernes. Los psicólogos contratados a jornada completa (40 horas semanales) de lunes a viernes, tienen su centro de trabajo en un local habilitado donde se realizan las siguientes funciones:

- Atención de chats y videoconferencias a través de Skype
- Atención de emails a través del Outlook
- Elaboración de programas
- Estudio e investigación de materiales y documentación.

En cuanto a la localización, el programa de Telecuidado de la Salud Psíquica se lleva a cabo legalmente desde la Fundación Itxaropena – Esperanza, ubicada en el Instituto de Relaciones Humanas Vitoria – Gasteiz, donde se encuentra localizado el servidor. El local dispone del equipamiento necesario (dos ordenadores con ADSL, webcam, Skype, etc.) para poder atender a las personas usuarias del programa.

Para esta investigación, hemos conseguido los emails a través del Outlook; los chats y videoconferencias obtenidas a través del programa Skype han sido transcritas. Las transcripciones del desarrollo de los casos han sido numeradas y se les ha dado un nombre ficticio, siguiendo los criterios de diseminación tanto de la APA como del Instituto Vasco de Datos. Mediante un consentimiento informado (Apéndice H) las personas participantes en el programa Telecuidado de la Salud Psíquica, han aceptado la colaboración en esta investigación.

1.8. ESTADÍSTICA

Para realizar el segundo estudio, los 64 casos fueron divididos en cuatro grupos de 16 usuarios, clasificados según su demanda y necesidades. Estos cuatro grupos se clasificaron bajo el nombre de grupo en estado de ansiedad, grupo en estado de desánimo, grupo en estado de soledad y grupo sin estas problemáticas, correspondiendo este último al grupo control. Estos grupos se analizaron con el programa informático LIWC, utilizando los textos originales y completos de las personas usuarias (en el Apéndice I hemos redactado un resumen de dichos textos

para evitar el posible reconocimiento de las personas que exponen sus problemáticas).

En cuanto al tratamiento estadístico de los datos obtenidos, en un primer momento, se llevará a cabo un análisis de frecuencias y porcentajes de las variables siguientes: Género, edad, medio utilizado; problema planteado; agradecimientos en las propias respuestas de los usuarios; análisis de palabras mediante el programa LIWC; análisis de la satisfacción de los usuarios mediante un cuestionario.

Las representaciones gráficas de las frecuencias y porcentajes serán histogramas y diagramas de sectores.

En un segundo momento, a fin de conocer el grado de normalidad de las variables se aplicará la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, considerando que aquellas con $p < 0,05$ no se comportan de acuerdo a una curva normal y, por tanto, presentan un grado de asimetría significativo que exige la aplicación posterior de estadísticos no paramétricos.

Posteriormente, y a fin de comprobar la relación entre variables nominales, se aplicarán las pruebas estadísticas siguientes: “Test de Ji Cuadrado (X^2), y el test de “Diferencia entre dos proporciones con observaciones independientes”. El test X^2 se ha utilizado como test de independencia para comprobar la asociación entre las variables.

Los dos últimos estudios se han desarrollado utilizando el análisis del modelo lineal general (KW y anova univariante) tomando como prueba de bondad de ajuste, DMS y el nivel de significación $p < 0,05$.

La aplicación de este procedimiento estadístico tuvo en cuenta que todos los grupos se comportaron en todas las variables según criterios de normalidad estadística $p > 0,05$ (K-S).

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Las características de las personas participantes objeto de estudio, N=64, fueron 33 mujeres y 31 hombres, que utilizaron diferentes medios de comunicación para transmitir sus situaciones y sentimientos (email, chat y videoconferencia) dentro de las posibilidades dadas por el programa Telecuidado de la Salud Psíquica y el programa Teléfono Azul-Gazteline que en adelante aparecerán solamente bajo el nombre de Telecuidado.

La Tabla 9 resume esquemáticamente la exposición global de los casos, antes de entrar a profundizar mediante la redacción de cada uno de ellos. Todos los casos se presentan resaltando los datos más relevantes de las narraciones realizadas por los usuarios y de las respuestas dadas por los profesionales del servicio (Apéndice I). Los nombres de personas que a continuación exponemos son ficticios para preservar los datos de identificación.

Las respuesta dadas por Telecuidado se han fundamentado siguiendo las líneas y modelo teórico de la psicología cognitivo-conductual, que es la que más éxito ha tenido en cuanto a la eficacia en los programas online, como indican los autores citados en la primera parte de esta tesis.

Tabla 9. *Clasificación general de los casos*

TRASTORNO	Nº	Nombre	Medio	Agradecimiento
Agorafobia (2); N=64	1	Aurora	Email	No
	2	Alfredo	Email	Sí
Estado de desánimo (depresión) (4); N=64	3	Beatriz	Email	No
	4	Boris	Chat	Sí
	5	Carlos	Chat	No
	6	Carol	Chat	No
Estado de desánimo (depresión)/desempleo (6); N=64	7	Doris	Email	Sí
	8	Daniel	Email	Sí
	9	Eneko	Email	Sí
	10	Félix	Email	Sí
	11	Gustavo	Email	Sí
	12	Héctor	Email	Sí
Ataque de pánico (3); N=64	13	Elena	Email	No
	14	Felisa	Chat	No
	15	Gotxone	Videoconfer	Sí

Ansiedad/exámenes (1); N=64	16	Ignacio	Email	Sí
Ansiedad/amas de casa (1); N=64	17	Hilaria	Chat	Sí
Ansiedad/incertidumbre /decisión (3); N=64	18	Javier	Chat	No
	19	Koldo	Videoconfer	Sí
	20	Idoia	Email	Sí
Ansiedad/trabajo (4); N=64	21	Julia	Email	Sí
	22	Karmele	Email	Sí
	23	Luis	Email	Sí
	24	Mikel	Email	Sí
Impulsos/agresividad (1); N=64	25	Nacho	Email	Sí
Impulsos/ludopatía (1); N=64	26	Laura	Email	Sí
Impulsos/sexo (1); N=64	27	Oscar	Email	No
Conflicto de pareja (6); N=64	28	Mar	Email	Sí
	29	Patxi	Email	Sí
	30	Roberto	Email	Sí
	31	Natalia	Email	Sí
	32	Santi	Email	Sí
	33	Olga	Email	Sí
	Soledad (10); N=64	34	Txomin	Videoconfer
35		Urko	Email	Sí
36		Patricia	Email	Sí
37		Valentín	Email	Sí
38		Raquel	Email	Sí
39		Saioa	Videoconfer	Sí
40		Tamara	Videoconfer	Sí
41		Úrsula	Email	Sí
42		Walter	Chat	Sí
43		Xabier	Videoconfer	Sí
Duelo (2); N=64	44	Virginia	Email	Sí
	45	Yago	Email	Sí
Trastornos de alimentación (2) N=64	46	Wilma	Email	Sí
	47	Ximena	Email	Sí
Información general (3); N=64	48	Yolanda	Email	No
	49	Zacarías	Email	Sí
	50	Andoni	Email	Sí
Psicología/deporte (1); N=64	51	Bernat	Email	Sí
Burn-out (6); N=64	52	Cristóbal	Email	Sí
	53	Zuriñe	Videoconfer	Sí
	54	Ainhoa	Email	Sí
	55	Diego	Email	Sí
	56	Begoña	Email	Sí
	57	Egoitz	Chat	Sí
Esquizofrenia paranoide (3); N=64	58	Charo	Chat	No
	59	Felipe	Videoconfer	No
	60	Dorleta	Chat	Sí
Trastorno Bipolar (1); N=64	61	Edurne	Chat	No
Hipocondrías (1); N=64	62	Fátima	Videoconfer	Sí
Hemofobia (1); N=64	63	Garbiñe	Email	Sí
TDAH (1); N=64	64	Haizea	Email	Sí

Fuente: Todos los datos provienen de un estudio real

Estas problemáticas han sido agrupadas, como ya se ha indicado en cuatro grupos para poder realizar los correspondientes análisis estadísticos.

2.1. GÉNERO, PROBLEMÁTICA, MEDIO UTILIZADO Y AGRADECIMIENTOS

2.1.1. Distribución del género según las personas participantes

De los 64 casos atendidos en el servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica”, el 51,56% son mujeres y el 48,44% son hombres (Tabla 10). En el género de las personas participantes, ambos sexos están muy equilibrados, no destacando la participación de ninguno de ellos sobre el otro. De hecho, no existen diferencias significativas ($X^2(1) = 0,03$; $p > 0,05$) en el género de las personas que han elegido este servicio como forma de ayuda y/o consejo.

Tabla 10. *Distribución del género según las personas participantes*

Género	Nº usuarios/as	%
Mujer	33	51,56%
Hombre	31	48,44%
Total	64	100%

Fuente: Elaboración propia

2.1.2. Utilización de medios según las personas participantes

En cuanto al medio utilizado por las personas participantes, se observa en la Tabla 11, que el 68,75% de los usuarios del programa, prefirieron el email como vía para contactar con el servicio, probablemente por las propias características de este medio como el anonimato y la asincronía. No obstante, es de destacar también como, el chat, aunque menos utilizado, se cifra en más del 17%. Las consultas mediante videoconferencia son las menos frecuentes, un 14,06%.

Es de destacar la existencia de una asociación significativa ($X^2(2) = 36,22$; $p = 0,001$) entre el medio utilizado y el número de personas participantes. De hecho, se ha observado que cuanto mayor es el grado de anonimato del medio, la elección de ese medio es superior, por tanto, la elección no es al azar.

Tabla 11. *Utilización de medios según las personas participantes*

Medio utilizado	Nº usuarios/as	%
Email	44	68,75%
Chat	11	17,19%
Videoconferencia	9	14,06%
Total	64	100%

Fuente: Elaboración propia

2.1.3. Utilización del medio según el género

El medio utilizado más frecuentemente entre la población atendida es el email, siendo de un 34,38% mujeres y el mismo tanto por ciento de hombres (Tabla 12). Del total de usuarios/as, las mujeres que eligen el chat como medio para comunicarse con el servicio son el 9,38%, mientras que los hombres que lo prefieren son el 7,81%.

Con respecto a la videoconferencia, el 7,81% corresponde a las mujeres que lo han elegido como medio, mientras que el 6,25% pertenece a hombres. Así, por ejemplo, a medida que disminuye la posibilidad de conservar el anonimato, disminuye el porcentaje de utilización de algunos medios, como es el chat y la videoconferencia. No existe una asociación significativa entre el género y el medio utilizado ($X^2(2) = 0,14$; $p > 0,05$).

Tabla 12. *Utilización del medio según el género*

Medio	Género	Nº usuarios/as	%
Email	Mujer	22	34,38%
	Hombre	22	34,38%
Chat	Mujer	6	9,38%
	Hombre	5	7,81%
Videoconferencia	Mujer	5	7,81%
	Hombre	4	6,25%
Total		64	100%

Fuente: Elaboración propia

2.1.4. Distribución y tipología de la problemática presentada según las personas participantes

La clasificación general de los casos presentados en las Tablas 9 y 13 nos lleva a considerar una primera división entre problemas psicológicos y no psicológicos.

Dentro de la problemática psicológica hemos encontrado 21 tipos, como agorafobia, estado de desánimo (depresión), estado de desánimo (depresión) por desempleo, ataque de pánico, ansiedad en relación con los exámenes, el rol de ama de casa, el entorno laboral y la toma de decisiones, impulsividad en relación a la agresividad, ludopatía y sexo, conflicto de pareja, soledad, duelo, trastornos de alimentación, información general, deporte y psicología, burn-out, hipocondría, hemofobia y TDAH, lo cual nos ha inducido como ya se ha dicho anteriormente a reducirlos a tres categorías de problemas psicológicos y el resto introducido en un grupo control. En la Tabla 13 se desarrollan los porcentajes de las problemáticas de las personas usuarias de este servicio.

Tabla 13. *Tipología de la problemática según las personas participantes*

Problemática	Nº usuarios/as	%
Agorafobia	2	3,13%
Estado de desánimo (depresión)	4	6,25%
Estado de desánimo (depresión) por desempleo	6	9,38%
Ataque de pánico	3	4,69%
Ansiedad y exámenes	1	1,56%
Ansiedad y ama de casa	1	1,56%
Ansiedad y toma de decisión	3	4,69%
Ansiedad y trabajo	4	6,25%
Impulsividad y agresividad	1	1,56%
Impulsividad y ludopatía	1	1,56%
Impulsividad y sexo	1	1,56%
Conflicto de pareja	6	9,38%
Soledad	10	15,63%
Duelo	2	3,13%
Trastorno de alimentación	2	3,13%
Información general	3	4,69%
Deporte y psicología	1	1,56%
Burn-out	6	9,38%
Esquizofrenia paranoide	3	4,69%
Bipolar	1	1,56%
Hipocondrías	1	1,56%
Hemofobia	1	1,56%
Tdah	1	1,56%
Total	64	100%

Fuente: Elaboración propia

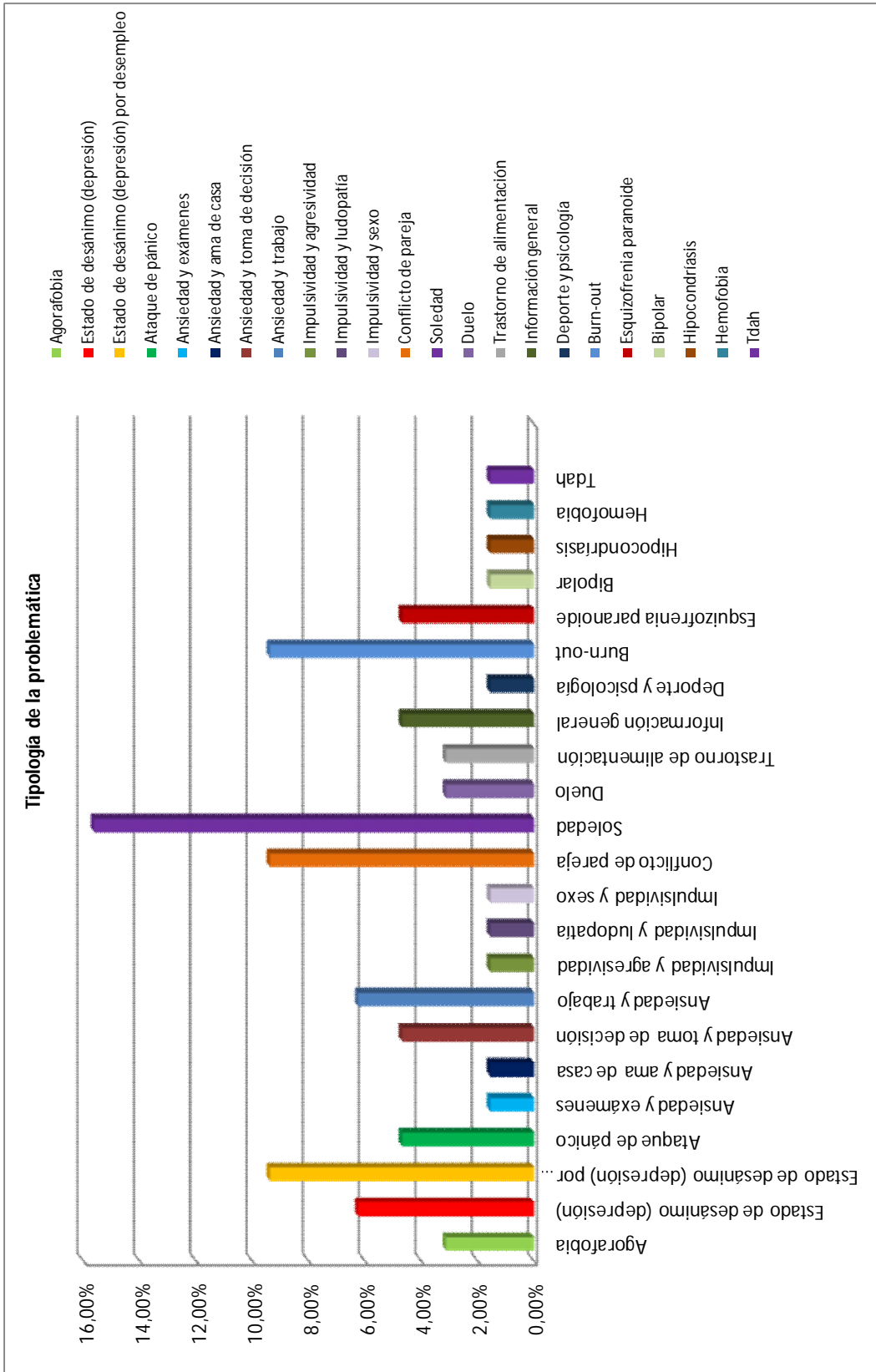


Figura 7. Tipología de la problemática según las personas

Existe una alta proporción de personas que recurren al servicio en busca de ayuda con sentimientos de soledad (15,63%), siendo muy superior al resto de las demás problemáticas. Le siguen las personas usuarias que sufren estado de desánimo por desempleo (depresión), conflictos de pareja y el síndrome de burn-out, con un porcentaje del 9,38% cada una de ellas. Las personas que sufren estado de desánimo (depresión) y ansiedad en el trabajo, suponen un 6,25% cada una de ellas. Con ataque de pánico, ansiedad por toma de decisiones, información general y esquizofrenia paranoide, un 4,69% cada una de ellas. Los usuarios con agorafobia, duelo y trastornos de alimentación aparecen en un 3,13%.

Finalmente, las personas que menos han recurrido a este servicio son las que han sufrido ansiedad por los exámenes, por asumir el rol de ama de casa, impulsividad y agresividad, ludopatía y sexo, deporte y psicología, trastorno bipolar, hipocondrías, hemofobia y Tdah, cada una de ellas con un porcentaje del 1,56%. En la Figura 7 podemos observar las diferencias porcentuales según los diversos problemas, observándose diferencias significativas ($X^2(22) = 43,094$; $p = 0,01$) en cuanto al número de usuarios en cada tipo de problemática.

2.1.5. Distribución de la problemática presentada según el género

Como podemos observar en la Tabla 14, el problema más frecuente entre las usuarias de género femenino, es el sentimiento de soledad (15,15%); el ataque de pánico (9,09%), el conflicto de parejas (9,09%) y el síndrome de burn-out (9,09%) coinciden en el mismo porcentaje. En menor medida, el estado de desánimo (depresión) (6,06%), la ansiedad en el trabajo (6,06%), los trastornos de alimentación (6,06%) y la esquizofrenia paranoide (6,06%) también son problemáticas sufridas por las mujeres que acuden a este servicio en busca de ayuda y/o orientación. Por último, los problemas por los que menos han recurrido a nuestro servicio en cuanto al género femenino son la agorafobia, el estado de desánimo por desempleo (depresión), la ansiedad por ser ama de casa, la ansiedad y la toma de decisiones, impulsividad y ludopatía, duelo, la demanda de información general, el trastorno bipolar, la hipocondrías, la hemofobia y finalmente, el Tdah, con un 3,03% cada uno de ellos.

Las problemáticas más frecuentes entre el total de usuarios de género masculino, son la soledad (16,13%) por un lado, y en la misma proporción el estado de desánimo (depresión) originada por el estado de desempleo (16,13%). El conflicto de pareja y el síndrome de burn-out con un 9,68%, seguido de estado de desánimo (depresión), la ansiedad y la toma de decisiones, la ansiedad y el trabajo y la petición de información general, todas ellas en un 6,45%. Con otros problemas como la agorafobia, la ansiedad en exámenes, la impulsividad relacionada con la agresividad por un lado, y con el sexo por otro, el duelo, deporte y psicología y la esquizofrenia paranoide, los hombres han recurrido a este servicio un 3,23% respectivamente.

En comparación con respecto al género, podemos destacar que existen cuatro problemáticas por las que los hombres han recurrido al servicio pero que no sucede en las mujeres, como son la ansiedad y los exámenes, la impulsividad relacionada con la agresividad y el sexo y las orientaciones psicológicas con respecto al deporte.

Por otro lado, hay una serie de problemáticas con las que el género masculino no ha recurrido a este servicio en comparación al género femenino, como ataque de pánico, ansiedad y ama de casa, impulsividad y ludopatía, trastorno de alimentación y bipolar, hipocondrías, hemofobia y Tdah.

Tabla 14. *Distribución de la problemática según el género*

Problemática	Nº usuarios/as y género		%	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Agorafobia	1	1	3,03%	3,23%
Estado de desánimo (Depresión)	2	2	6,06%	6,45%
Estado de desánimo (Depresión) y desempleo	1	5	3,03%	16,13%
Ataque de pánico	3	0	9,09%	0,00%
Ansiedad y exámenes	0	1	0,00%	3,23%
Ansiedad y ama de casa	1	0	3,03%	0,00%
Ansiedad y toma de decisión	1	2	3,03%	6,45%
Ansiedad y trabajo	2	2	6,06%	6,45%
Impulsividad y agresividad	0	1	0,00%	3,23%
Impulsividad y ludopatía	1	0	3,03%	0,00%
Impulsividad y sexo	0	1	0,00%	3,23%
Conflicto de pareja	3	3	9,09%	9,68%
Soledad	5	5	15,15%	16,13%
Duelo	1	1	3,03%	3,23%
Trastorno de alimentación	2	0	6,06%	0,00%
Información general	1	2	3,03%	6,45%
Deporte y psicología	0	1	0,00%	3,23%
Burn-out	3	3	9,09%	9,68%
Esquizofrenia paranoide	2	1	6,06%	3,23%
Bipolar	1	0	3,03%	0,00%
Hipocondríasis	1	0	3,03%	0,00%
Hemofobia	1	0	3,03%	0,00%
Tdah	1	0	3,03%	0,00%
Total	33	31	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

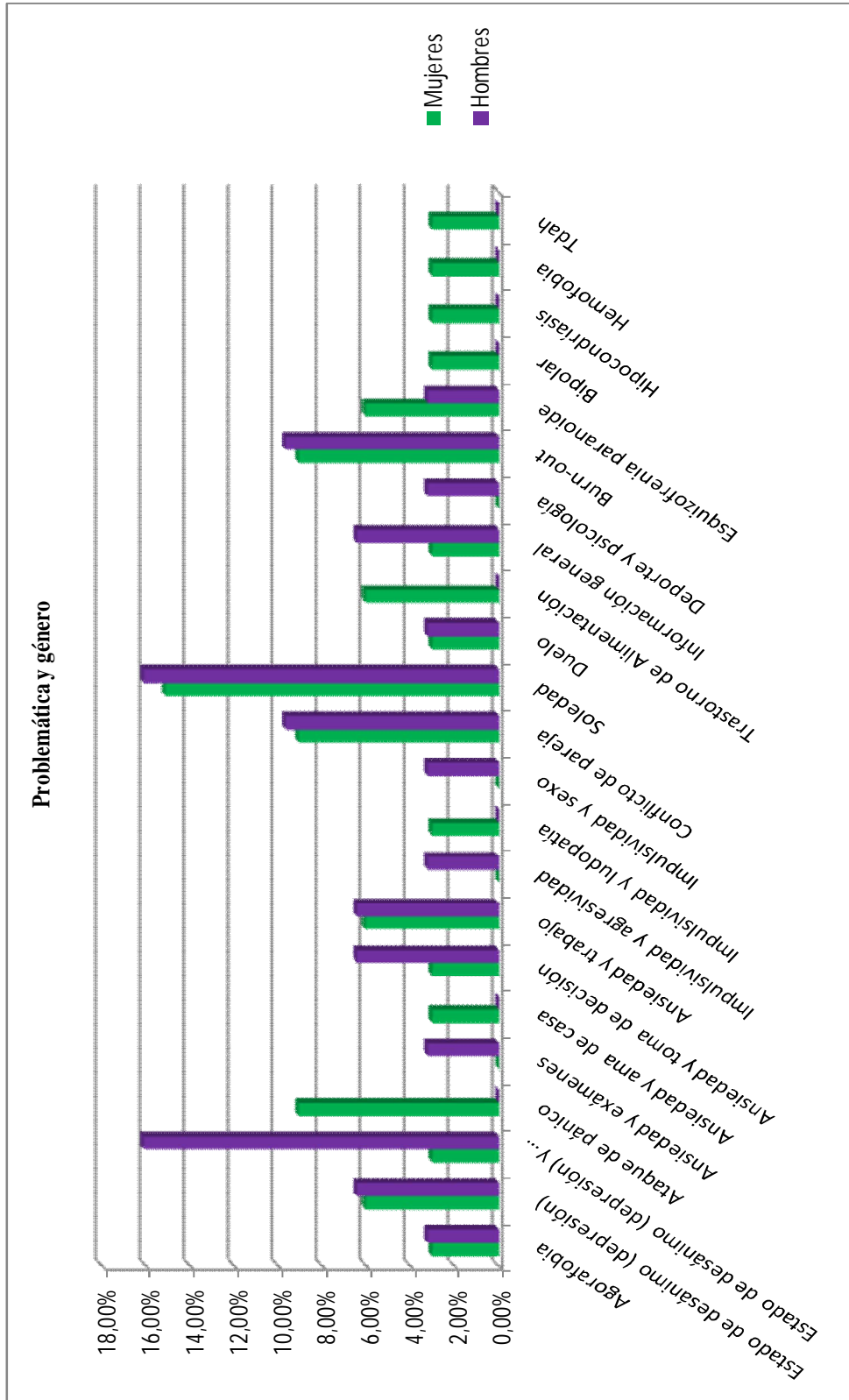


Figura 8. Distribución de la problemática según el género

En la Figura 8, podemos observar los diferentes porcentajes de las problemáticas presentadas en función del género, no existiendo diferencias significativas ($X^2(22) = 18,622$; $p > 0,05$).

2.1.6. Distribución de la problemática según el medio utilizado

Entre las personas usuarias que han utilizado el email como medio de atención (Tabla 15), los problemas más atendidos son: estado de desánimo (depresión) por desempleo (13,64%) y conflicto de pareja (13,64%). A continuación la soledad con un 11,36% de los emails enviados. Los emails con demandas relacionadas con la ansiedad y trabajo y burn-out, se presentan en un 9,09%, mientras que, en menor medida (6,82%), se encuentra la demanda de información general. La agorafobia, duelo y trastornos de alimentación son problemáticas consultadas mediante email en un 4,55% cada uno; por último, en un 2,27% tenemos problemas como el estado de desánimo (depresión), ataque de pánico, ansiedad y exámenes, ansiedad y toma de decisiones, impulsividad relacionada con la agresividad, ludopatía y sexo, deporte y psicología, hemofobia y Tdah. Algunos problemas como ansiedad y ama de casa, esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar e hipocondrías, no han sido consultados mediante email.

Por otro lado, entre los/as usuarios/as que han elegido la utilización del chat como medio de contacto el estado de desánimo (depresión) ha sido la problemática mayoritariamente consultada (27,27%) seguida por personas con esquizofrenia paranoide (18,18%). La intervención del ataque de pánico, ansiedad de las amas de casa, ansiedad y toma de decisiones, soledad, burn-out y trastorno bipolar, corresponden a un 9,09% respectivamente de los usuarios que han preferido el chat como medio de consulta. Existen algunos problemas que no han sido consultados mediante chat, sino que ha sido elegido otro medio para contactar con el servicio, como agorafobia, estado de desánimo (depresión) y desempleo, ansiedad y exámenes, ansiedad y trabajo, impulsividad relacionada con la agresividad, ludopatía y sexo, conflicto de pareja, duelo, trastorno de alimentación, información general, deporte y psicología, hipocondrías, hemofobia y por último, el Tdah.

Finalmente, entre las personas usuarias que se han puesto en contacto con el servicio mediante videoconferencia (Tabla 15), el problema más destacada es el sentimiento de soledad (44,44%). Ataque de pánico, ansiedad y toma de decisiones, el síndrome de burn-out, esquizofrenia paranoide e hipocondrías suponen un 11,11% respectivamente.

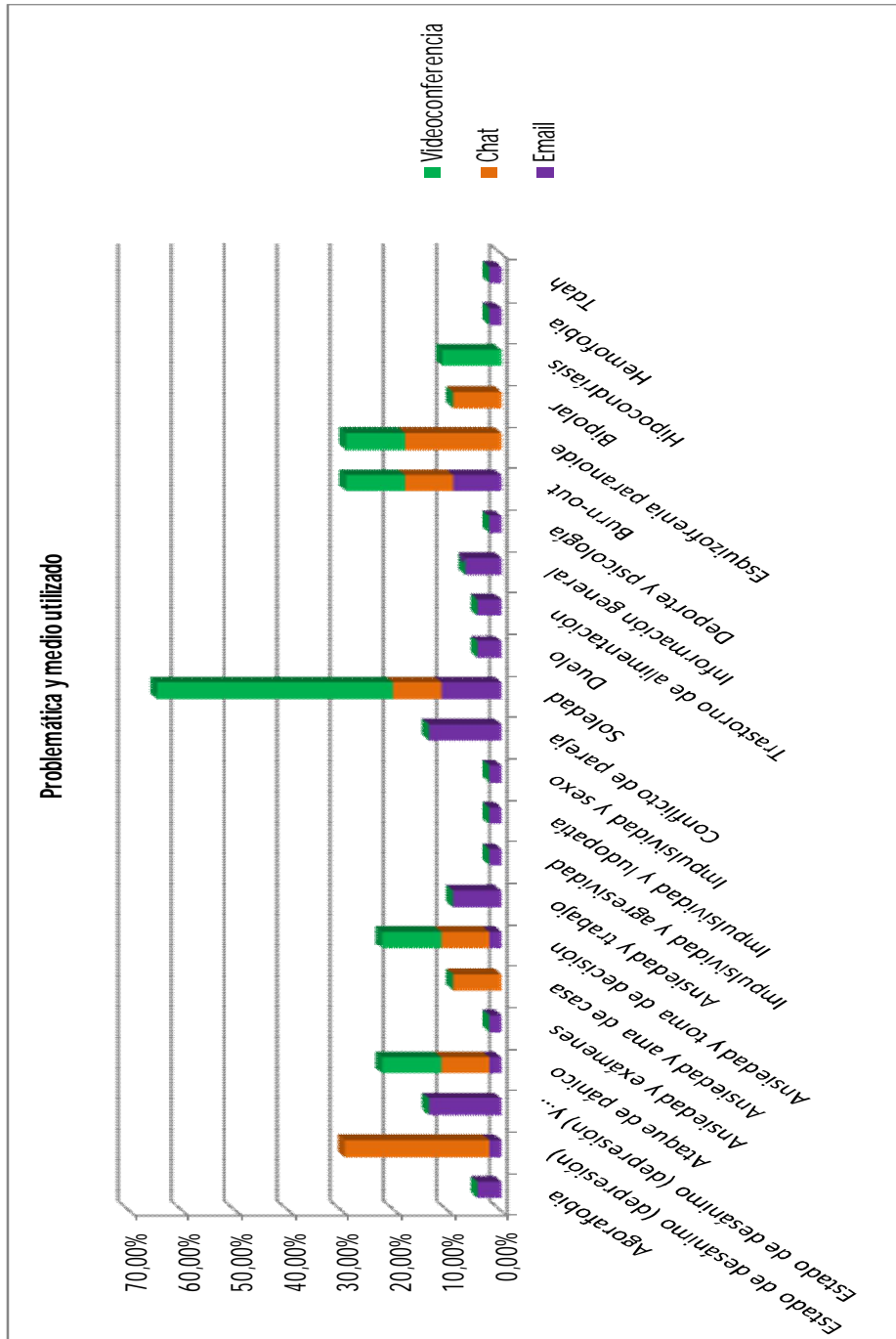


Figura 9. Distribución de la problemática según el medio utilizado

Tabla 15. *Distribución de la problemática según el medio utilizado*

Problemática	Nº usuarios/as y medio			%		
	Email	Chat	Videoconf.	Email	Chat	Videoconf.
Agorafobia	2	0	0	4,55%	0,00%	0,00%
Estado de desánimo (depresión)	1	3	0	2,27%	27,27%	0,00%
Estado de desánimo (depresión) y desempleo	6	0	0	13,64%	0,00%	0,00%
Ataque de pánico	1	1	1	2,27%	9,09%	11,11%
Ansiedad y exámenes	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Ansiedad y ama de casa	0	1	0	0,00%	9,09%	0,00%
Ansiedad y toma de decisión	1	1	1	2,27%	9,09%	11,11%
Ansiedad y trabajo	4	0	0	9,09%	0,00%	0,00%
Impulsividad y agresividad	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Impulsividad y ludopatía	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Impulsividad y sexo	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Conflicto de pareja	6	0	0	13,64%	0,00%	0,00%
Soledad	5	1	4	11,36%	9,09%	44,44%
Duelo	2	0	0	4,55%	0,00%	0,00%
Trast. de alimentación	2	0	0	4,55%	0,00%	0,00%
Información general	3	0	0	6,82%	0,00%	0,00%
Deporte y psicología	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Burn-out	4	1	1	9,09%	9,09%	11,11%
Esquizofrenia paranoide	0	2	1	0,00%	18,18%	11,11%
Bipolar	0	1	0	0,00%	9,09%	0,00%
Hipocondrías	0	0	1	0,00%	0,00%	11,11%
Hemofobia	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Tdah	1	0	0	2,27%	0,00%	0,00%
Total	44	11	9	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

La Figura 9 muestra los diferentes problemas en comparación al medio utilizado, no existiendo diferencias significativas ($X^2(44) = 56,094$; $p > 0,05$).

2.1.7. Respuesta de agradecimiento según las personas participantes

En relación a las respuestas de agradecimiento (Tabla 16) ofrecidas por las personas usuarias de este servicio, se observa que el 81,25% transmiten mensajes de agradecimiento, mientras que el 18,75% prefieren omitir este tipo de respuestas, por lo que desconocemos si están o no agradecidos. Se observa la diferencia entre usuarios/as que agradecen y los/as que no transmiten mensaje alguno. Existe una diferencia significativa ($X^2(1) = 25$; $p = 0,001$) en el número de usuarios que agradecen con respecto a los que no lo hacen.

Tabla 16. *Respuesta de agradecimiento según las personas participantes*

Agradecimiento	Nº usuarios/as	%
Sí agradecen	52	81,25%
No agradecen	12	18,75%
Total	64	100%

Fuente: Elaboración propia

2.1.8. Distribución del género según la respuesta de agradecimiento

Del total de las personas que participan en el servicio, el 39,06% pertenece a mujeres que ofrecen respuestas de agradecimiento, mientras que el 12,50% corresponde a mujeres de las que desconocemos dicho dato. Por otro lado, el 42,19% de los usuarios que agradecen el servicio son hombres, mientras que un 6,25% pertenece a usuarios masculinos que no ofrecen tipo de respuesta alguna en este sentido. La Tabla 17 muestra que del total de personas usuarias, mayor número de hombres que de mujeres agradecen el servicio. En conclusión, no hay diferencias significativas a la hora de la respuesta de agradecimiento y el género ($X^2(1) = 1,35$; $p > 0,05$).

Tabla 17. *Distribución del género según la respuesta de agradecimiento*

Agradecimiento	Género	N° usuarios/as	%
Sí agradecen	Mujer	25	39,06%
	Hombre	27	42,19%
No agradecen	Mujer	8	12,50%
	Hombre	4	6,25%
Total		64	100%

Fuente: Elaboración propia

2.1.9. Tipología de la problemática y respuesta de agradecimiento

En los datos referentes a las personas participantes, existe una asociación significativa entre el tipo de problema y el agradecimiento ($X^2(22) = 38,291$; $p < 0,05$). Entre las personas usuarias atendidas que han transmitido agradecimientos, el mayor número de éstos pertenece a los/as usuarios/as con sentimiento de soledad (19,23%) como podemos observar (aclaramos que corresponde al problema que más ayuda a solicitado en nuestro servicio) en la Tabla 18.

A continuación se encuentran las personas que sufren estado de desánimo (depresión) por estar en situación de desempleo, con sentimiento de soledad y con el síndrome de burn-out, cada una de ellas con un 11,54%. La ansiedad por trabajo ocupa un 7,69% del total de las personas usuarias que agradecen el servicio, y la ansiedad y toma de decisiones, duelo, trastorno de alimentación e información general ocupan el 3,85% respectivamente. Finalmente, se encuentran personas con agorafobia, estado de desánimo (depresión), ataque de pánico, ansiedad y exámenes, ansiedad y ama de casa, impulsividad en relación con la agresividad y ludopatía, deporte y psicología, esquizofrenia paranoide, hipocondrías, hemofobia y Tdah (1,92%).

Del total de personas que no agradecen el servicio, el 25% están relacionados con estados de desánimo (depresión), el 16,67% tiene que ver con el ataque de pánico y esquizofrenia paranoide respectivamente y el 8,33% pertenece a agorafobia, ansiedad y toma de decisiones, impulsividad y sexo, información general y por

último, el trastorno bipolar cada uno. Podemos observar (Figura 10) los niveles de agradecimiento según los diferentes problemas.

Tabla 18. *Tipología de la problemática y respuesta de agradecimiento*

Problemática	Agradecimiento		%	
	Sí	No	Sí	No
Agorafobia	1	1	1,92%	8,33%
Estado de desánimo (depresión)	1	3	1,92%	25,00%
Estado de desánimo (depresión) y desempleo	6	0	11,54%	0,00%
Ataque de pánico	1	2	1,92%	16,67%
Ansiedad y exámenes	1	0	1,92%	0,00%
Ansiedad y ama de casa	1	0	1,92%	0,00%
Ansiedad y toma de decisión	2	1	3,85%	8,33%
Ansiedad y trabajo	4	0	7,69%	0,00%
Impulsividad y agresividad	1	0	1,92%	0,00%
Impulsividad y ludopatía	1	0	1,92%	0,00%
Impulsividad y sexo	0	1	0,00%	8,33%
Conflicto de pareja	6	0	11,54%	0,00%
Soledad	10	0	19,23%	0,00%
Duelo	2	0	3,85%	0,00%
Trastorno de alimentación	2	0	3,85%	0,00%
Información general	2	1	3,85%	8,33%
Deporte y psicología	1	0	1,92%	0,00%
Burn-out	6	0	11,54%	0,00%
Esquizofrenia paranoide	1	2	1,92%	16,67%
Bipolar	0	1	0,00%	8,33%
Hipocondrías	1	0	1,92%	0,00%
Hemofobia	1	0	1,92%	0,00%
Tdah	1	0	1,92%	0,00%
Total	52	12	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

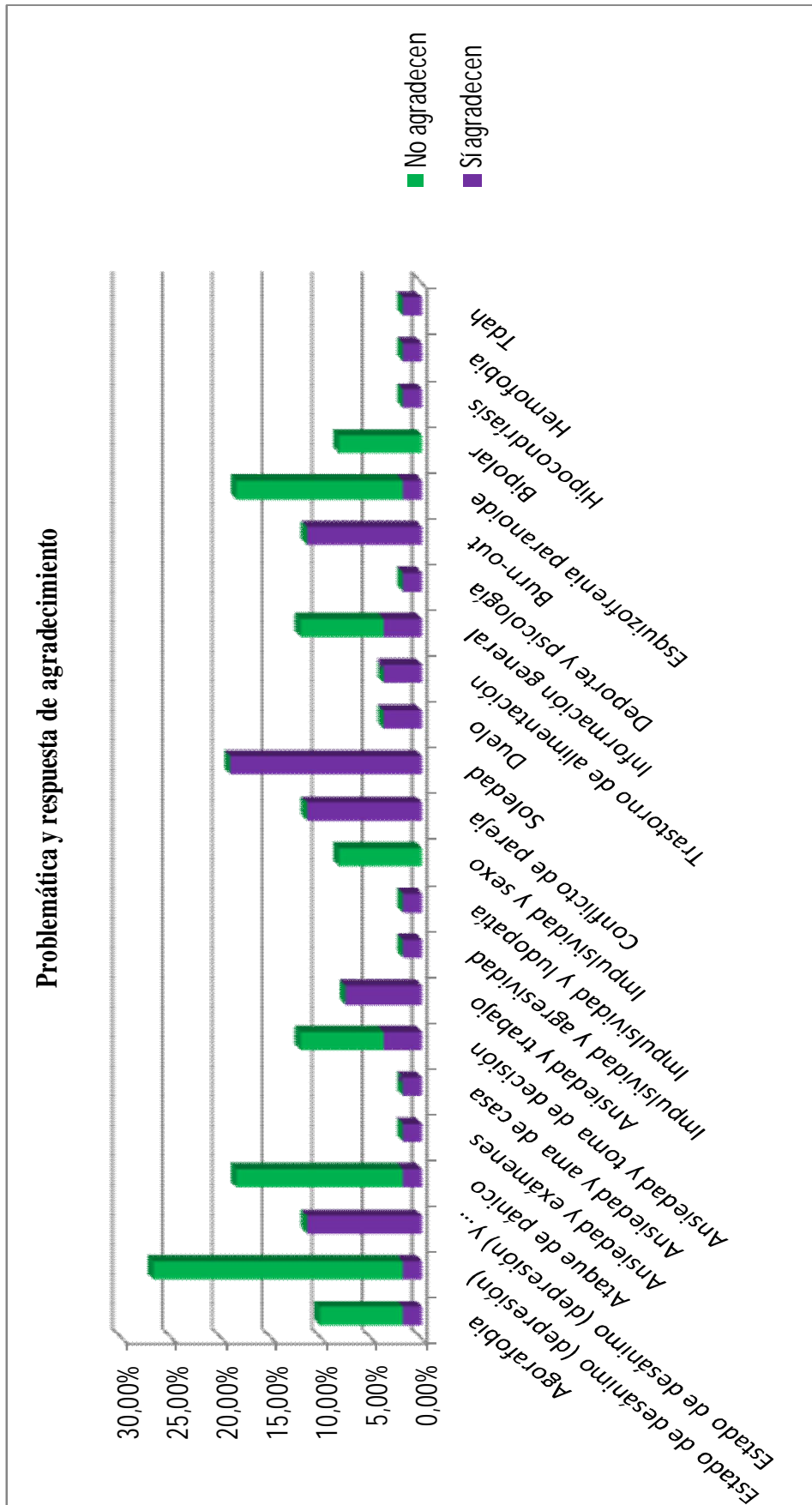


Figura 10. Tipología de la problemática y respuesta de agradecimiento

2.1.10. Medio utilizado según la respuesta de agradecimiento

Se observa la existencia de una asociación significativa en la relación existente entre el medio utilizado y la respuesta de agradecimiento ($X^2(2) = 11,17$; $p = 0,01$). Del total de personas usuarias, el 60,94% sí han ofrecido respuesta de agradecimiento habiendo utilizado el email como medio de comunicación, como se puede observar en la Tabla 18, y el 7,81% no ha dado indicios de agradecimiento, utilizando también dicho medio.

Por otro lado, el 7,81% del total de las personas participantes que han decidido ponerse en contacto con el servicio mediante chat, han agradecido el servicio y el 9,38% no ofrece respuestas de agradecimiento.

En cuanto a la videoconferencia como medio de comunicación, el 12,50% del total de usuarios/as, agradecen el servicio prestado mientras que el 1,56% no lo agradecen.

Se puede observar con claridad (Tabla 19), que mayoritariamente, los agradecimientos pertenecen a usuarios/as que han decidido utilizar el email como medio de comunicación. Es importante comentar que el mail es el medio más utilizado por las personas usuarias del servicio. En este sentido, para poder confirmar esto los porcentajes hay que relativizarlos en función del número de usuarios, obtenidos los tantos por ciento de manera independiente. De esta forma, es mayor la proporción de gente que agradece con la videoconferencia que con el email. Calculando de manera independiente cada medio, a la videoconferencia le corresponde un 88,88% de respuestas de agradecimiento, seguido por el email (88,64%) y finalmente el chat (45,45%).

Tabla 19. Medio utilizado según la respuesta de agradecimiento

Medio	Agradecimiento	Nº usuarios/as	%
Email	Sí	39	60,94%
	No	5	7,81%
Chat	Sí	5	7,81%
	No	6	9,38%
Videoconferencia	Sí	8	12,50%
	No	1	1,56%
Total		64	100%

Fuente: Elaboración propia

2.2. APAREAMIENTO DE EDAD CON EL GÉNERO Y LA PROBLEMÁTICA

La media de edad que corresponde a las personas que han participado en el estudio es 39,63 años, teniendo en cuenta que desconocemos el número en el caso de seis personas. Se observa en la Tabla 20, que el 26,56% del total de personas participantes tiene hasta 29 años, el 50% corresponde a edades comprendidas entre los 30 y 59 años, más de 60 años se observa en el 14,06% del total de usuarios/as del programa y por último, desconocemos la cifra en el 9,37% de los casos. No existen diferencias significativas en la edad de las personas que han elegido este servicio como forma de ayuda y/o consejo ($X^2(2) = 2,51; p > 0,05$).

Tabla 20. Distribución de la edad según las personas participantes

Edad	Nº usuarios/as	%
Hasta 29 años	17	26,56%
De 30 a 59 años	32	50,00%
Más de 60 años	9	14,06%
S/especificar	6	9,37%
Total	64	100%

Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar, para analizar el punto 2.2. hemos distribuido las edades en tres grupos: hasta 29 años, de 30 a 59 años y más de 60 años; y la problemática en cuatro grupos (estado de ansiedad, estado de desánimo, estado de soledad y grupo control).

En la Figura 11 podemos apreciar que de las personas que sufren estados de ansiedad, diez son mujeres y seis hombres. Con estado de desánimo, siete corresponde a género femenino y nueve a masculino; en cuando a las personas que sufren estado de soledad, son ocho en ambos sexos, y lo mismo ocurre con las personas sin problemática, que también son ocho mujeres y ocho hombres.

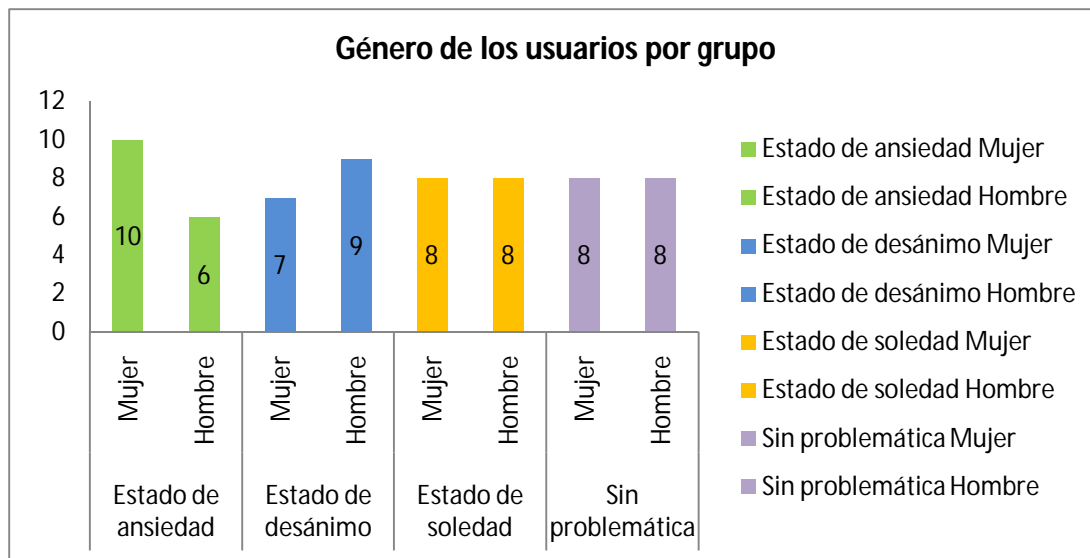


Figura 11. Género de los usuarios por grupo

También hemos apareado los grupos por género y edad según el estado en el que se encuentran, de manera que de las personas que sufren estados de ansiedad (Figura 12) y que tienen hasta 29 años, dos corresponde a mujer y tres a hombre; de 30 a 59 años, son seis mujeres y dos hombres y con más de 60 años, corresponde una mujer y ningún hombre. Hay dos personas que desconocemos la edad.

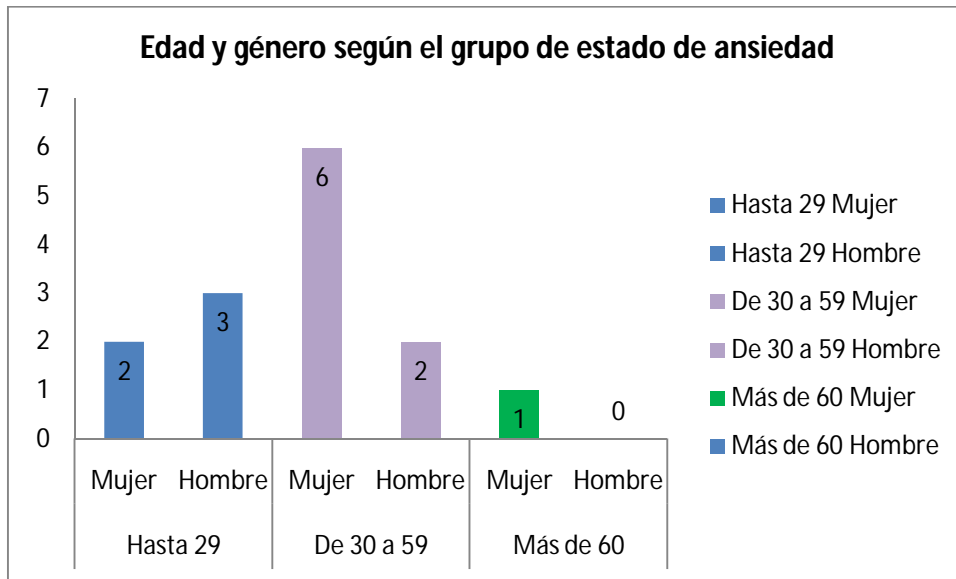


Figura 12. Edad y género según el grupo de estado de ansiedad

Del total de personas que sufren estados de desánimo (Figura 13), y que tiene 29 o menos años, una es mujer y dos son hombres. De 30 a 59 años, corresponde cinco mujeres y siete hombres y de 60 años para adelante una es mujer y no hay ningún hombre. En esta ocasión conocemos la edad del total de usuarios que tienen estados de desánimo.

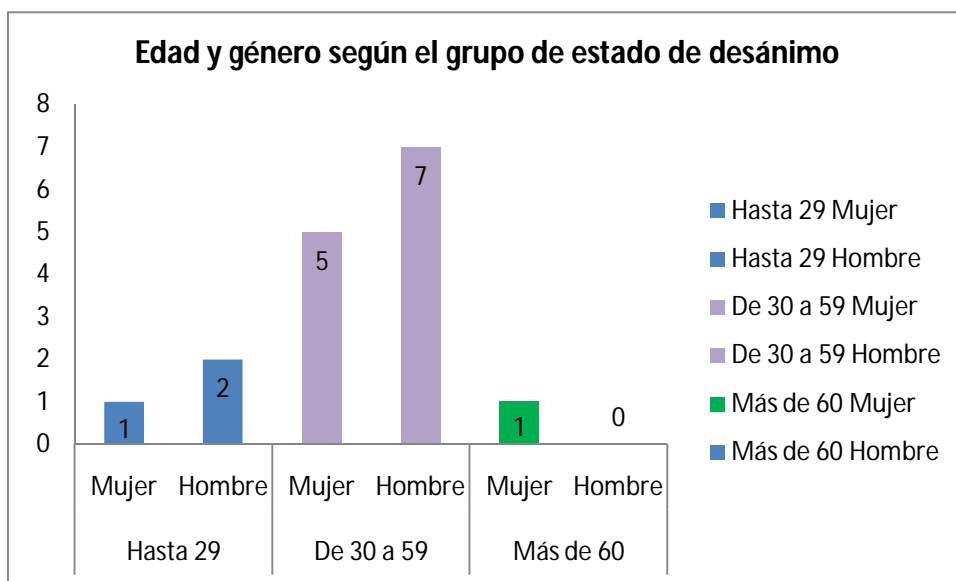


Figura 13. Edad y género según el grupo de estado de desánimo

A la hora de aparear los grupos por género y edad según el estado de soledad en el que se encuentran las personas participantes (Figura 14), de los que tienen hasta 29 años, dos corresponden a mujeres y ninguno a hombres; de 30 a 59 años, son tres mujeres y tres hombres y con más de 60 años, corresponden tres mujeres y cuatro hombres. Hay una persona que desconocemos la edad.

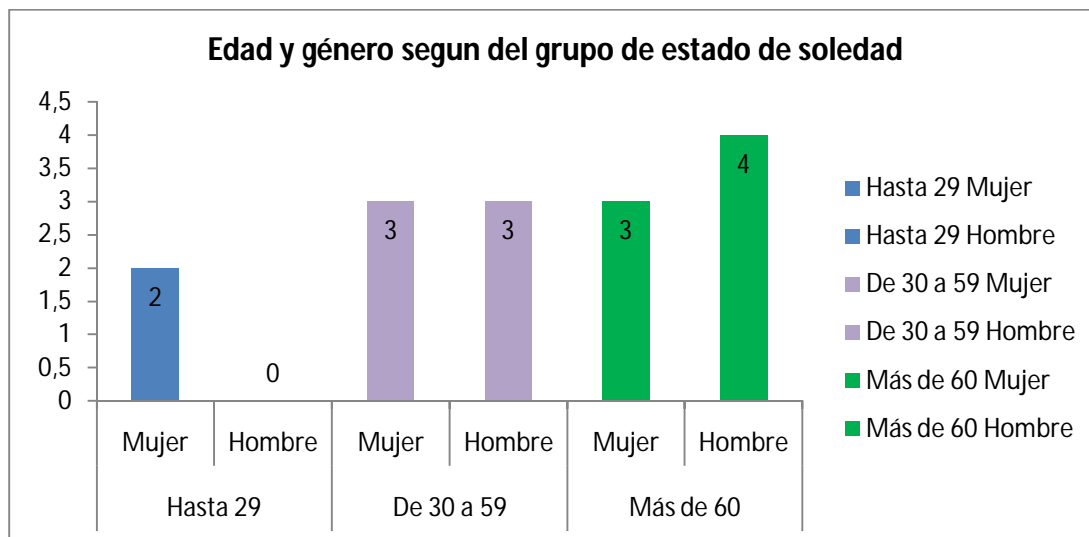


Figura 14. Edad y género según el grupo de estado de soledad

Del total de personas que no sufren problemática (Figura 15), y que tiene 29 o menos años, cuatro son mujeres y tres son hombres. De 30 a 59 años, corresponden tres mujeres y tres hombres y de 60 años para adelante no hay ninguna mujer ni hombre. En esta ocasión no conocemos la edad de tres usuarios que no sufren problemática.

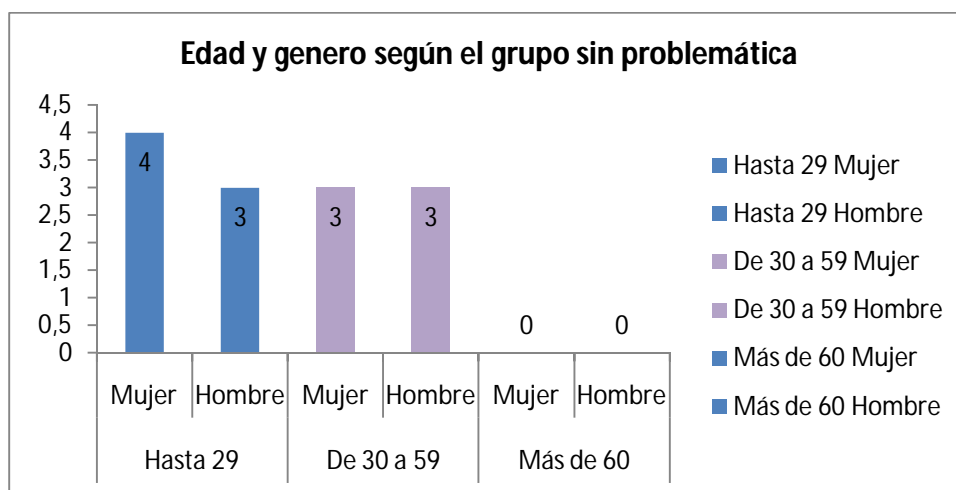


Figura 15. Edad y género según el grupo sin problemática

A continuación comprobaremos si el tipo de problema afecta a la edad del usuario que acude al servicio en comparación con las personas sin problema (Tabla 21).

Tabla 21. *Media de edad según la problemática*

	Estado de ansiedad	Estado de desánimo	Estado de soledad	Sin problemática
M	36,14	40,43	51,93	28,23
DE	13,03	12,98	17,16	8,98
ES	3,48	3,24	4,43	2,49

Fuente: elaboración propia

Así, en la Figura 16, en la que el eje Y corresponde a edad y el eje X corresponde a la problemática, vemos que los usuarios que sufren estado de soledad, tiene mayor edad que el resto. Además, teniendo en cuenta la edad de las personas participantes, podemos observar que no existen diferencias significativas entre las personas que no sufren problemática y los que sufren estado de ansiedad. Tampoco existen diferencias significativas entre el grupo de estado de ansiedad y estado de desánimo, pero si hay diferencias significativas entre el grupo de estado de desánimo y estado de soledad con respecto al grupo sin problemática ($F(3,54) = 7,581, p = 0,0001$). Por lo tanto, el tipo de problemática de las personas participantes en el estudio afecta a la edad de los mismos.

La variable edad afecta en la medida en la que en el grupo de mayor edad se dan mayores niveles de desánimo y soledad, mientras que en el grupo sin problemática, las edades son significativamente menores.

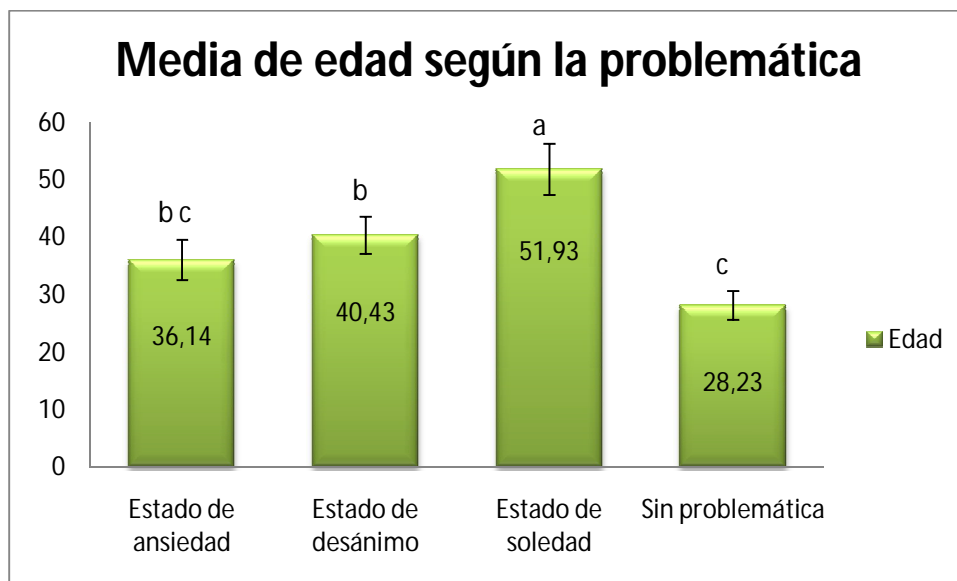


Figura 16. Media de edad según la problemática

Por lo tanto se acepta parcialmente la H1. El nivel de distress psicológico, entendido por el grado de ansiedad, soledad y desánimo de las personas que solicitan los servicios de telecuidado es directamente proporcional a variables sociodemográficas como la edad.

Por lo tanto se rechaza:

Las personas con estado de ansiedad tienen mayor edad que el grupo sin problemática (grupo control).

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado desánimo y estado de soledad tienen mayor edad que el grupo sin problemática (grupo control).

2.3. ANÁLISIS DE TEXTOS MEDIANTE EL LIWC

Uno de los objetivos novedosos del estudio fue analizar si los grupos de estado de ansiedad, estado de desánimo y estado de soledad utilizan diferentes palabras en comparación al grupo sin problemática (Tabla 22).

Tabla 22. Total de palabras y categorías de palabras según la problemática

Categorías	Estado de ansiedad			Estado de desánimo			Estado de soledad			Sin problemática		
	M	DE	ES	M	DE	ES	M	DE	ES	M	DE	ES
Total de palabras	247,93	112,52	28,1	534,3	345,88	86,47	357	314,16	78,54	197,43	158,08	39,52
Enfoque en sí mismos												
Yo/primer persona singular	4	1,93	0,48	4,26	1,23	0,3	5,03	1,95	0,48	4,01	2,73	0,68
Valencia positiva/negativa												
Emociones positivas	2,98	1,21	0,3	2,74	1,37	0,34	2,9	1,97	0,47	2,35	1,17	0,29
Emociones negativas	1,97	1,35	0,33	1,87	0,86	0,21	2,36	1,38	0,34	1,95	1,54	0,38
Procesos sociales												
Primera persona plural	0,24	0,5	0,12	0,17	0,3	0,07	0,44	0,64	0,16	0,21	0,28	0,07
Palabras sociales	7,63	2,55	0,63	8,8	2,88	0,72	9	1,93	0,48	10,09	3,89	0,97

Fuente: elaboración propia

La Tabla 22 muestra también que los usuarios participantes en el estudio utilizan más la 1ª persona del singular que la del plural, es decir, más palabras asociadas a centrarse en uno mismo, y un buen número de palabras asociadas a procesos sociales.

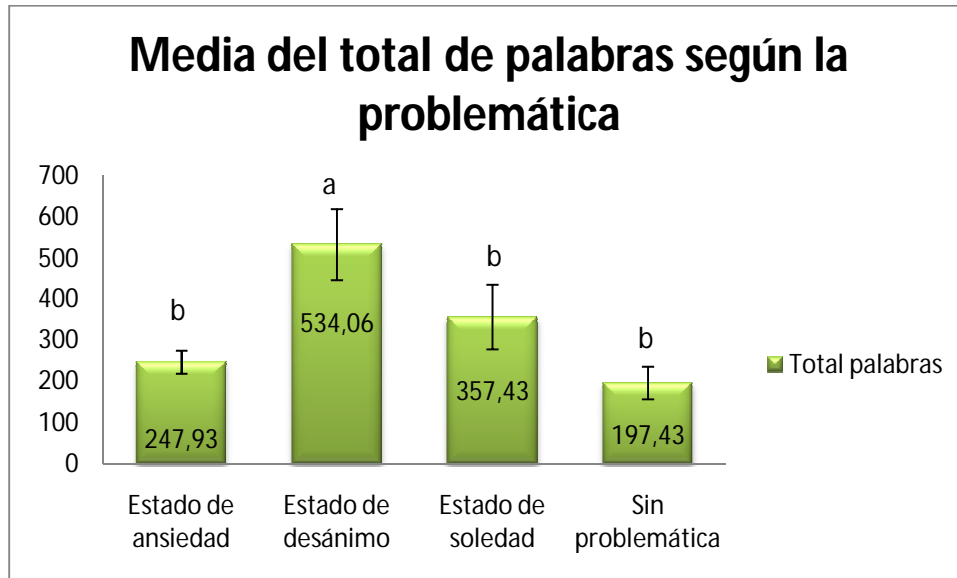


Figura 17. Media del total de palabras según la problemática

Se acepta parcialmente la H2. El subgrupo de personas con alto nivel de distress a través de los indicadores de estado de ansiedad, soledad y desánimo, verbalizan más su problemática que el grupo sin problemática (grupo control).

Por lo que únicamente se acepta:

Dentro del subgrupo de personas con alto nivel de distress, las personas con estado de desánimo utilizan más palabras que el grupo sin problemática (grupo control).

La media de palabras contadas por el LIWC en los grupos de estado de ansiedad fue de 247,93 y 534,06 para el de estado de desánimo. La media de palabras contadas por el LIWC en el grupo de estado de soledad es de 357,43 y 197,43 para el grupo sin problemática (Figura 17). Hay diferencias significativas en cuanto a la problemática de los usuarios y el número de palabras que utilizan ($F(3,60) = 5,517, p = 0,002$). Las personas con estado de desánimo utilizan más palabras que el resto de los grupos. Las personas con estado de ansiedad, estado de soledad y sin problemática utilizan un número de palabras similar, no hallándose

diferencias significativas. Además, las personas con estado de ansiedad y estado de soledad no se distinguen de los que no tienen problemática. Dicho de otra manera, comparando el grupo sin problemática con el resto de los grupos, se ve que coincide con el de estado de ansiedad y estado de soledad no apreciándose diferencias estadísticamente significativas, pero del grupo de estado de desánimo utiliza más palabras habiendo diferencias significativas.

No hay diferencias significativas en el resto de categorías y la problemática, de manera que la problemática no afecta al número de palabras utilizadas por los cuatro grupos en cuanto a la utilización de la primera persona del singular ($F(3,60) = 0,907$, $p = 0,443$), como podemos observar en la Figura 18, palabras con emociones positivas ($F(3,60) = 0,649$, $p = 0,587$) (Figura 19) y negativas $F(3,60) = 0,439$, $p = 0,726$) (Figura 20), primera persona del plural ($F(3,60) = 1,049$, $p = 0,378$), como se muestra en la Figura 21 y procesos sociales ($F(3,60) = 1,926$, $p = 0,135$) (Figura 22); podemos concluir por lo tanto que para este tipo de problemáticas, este programa de análisis de texto no discrimina entre grupos, excepto en el total de palabras.

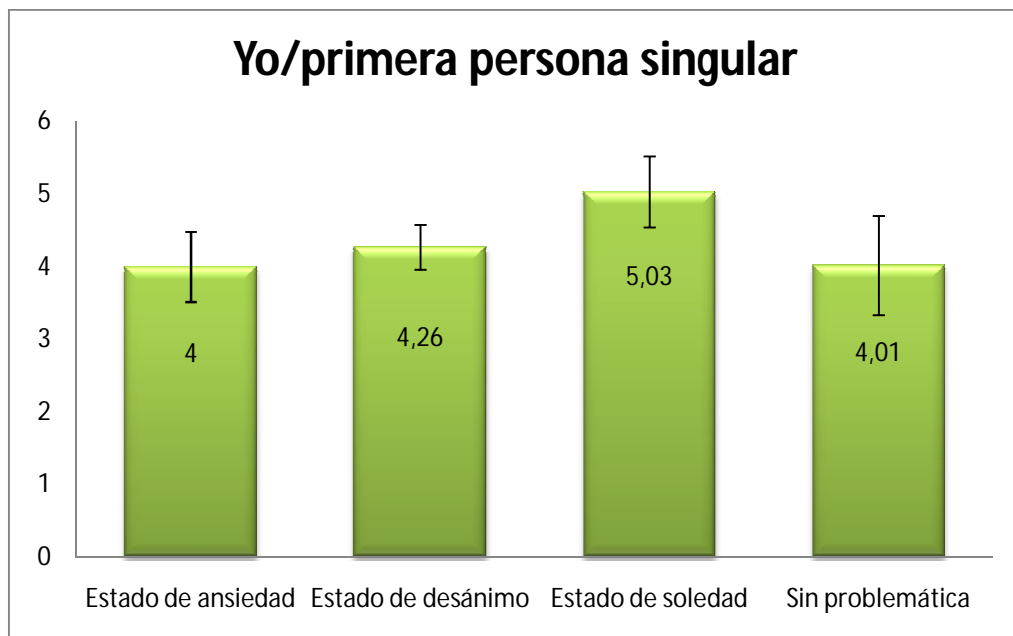


Figura 18. Media de palabras en primera persona singular según la problemática

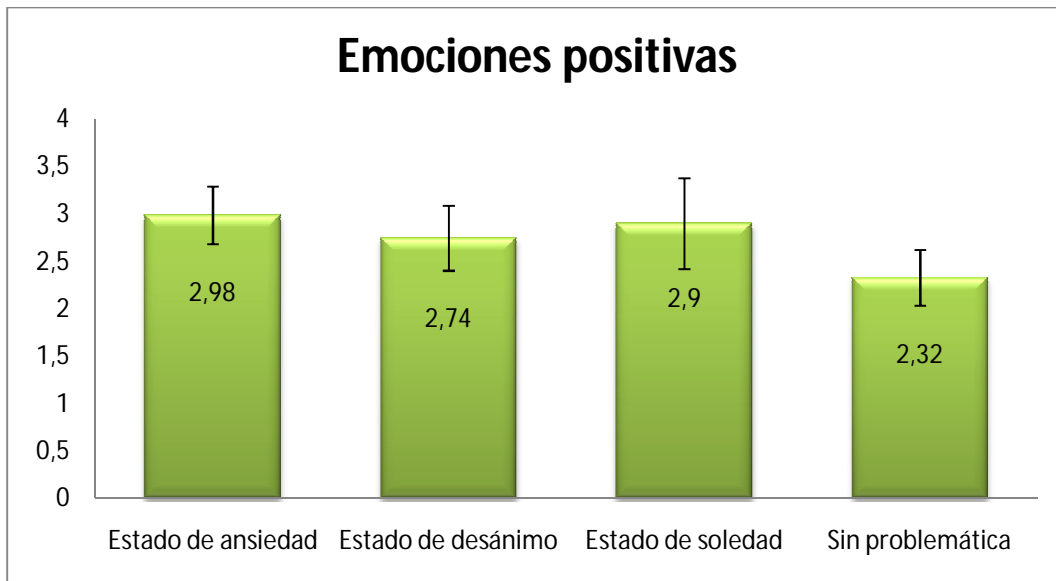


Figura 19. Media de palabras de emociones positivas según la problemática

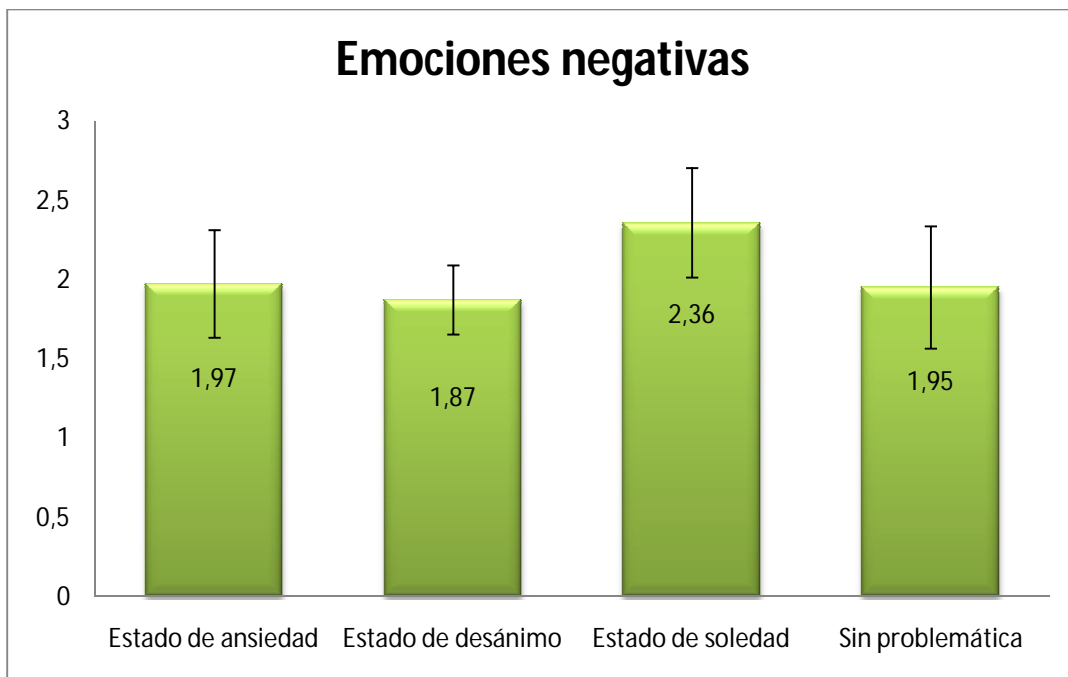


Figura 20. Media de palabras de emociones negativas según la problemática

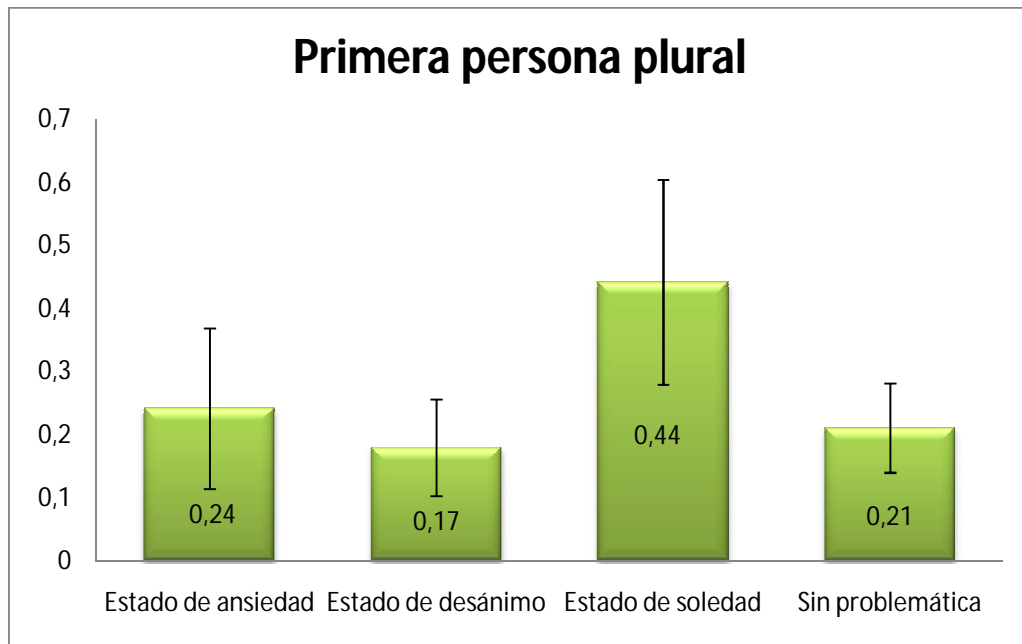


Figura 21. Media de palabras en primera persona plural según la problemática

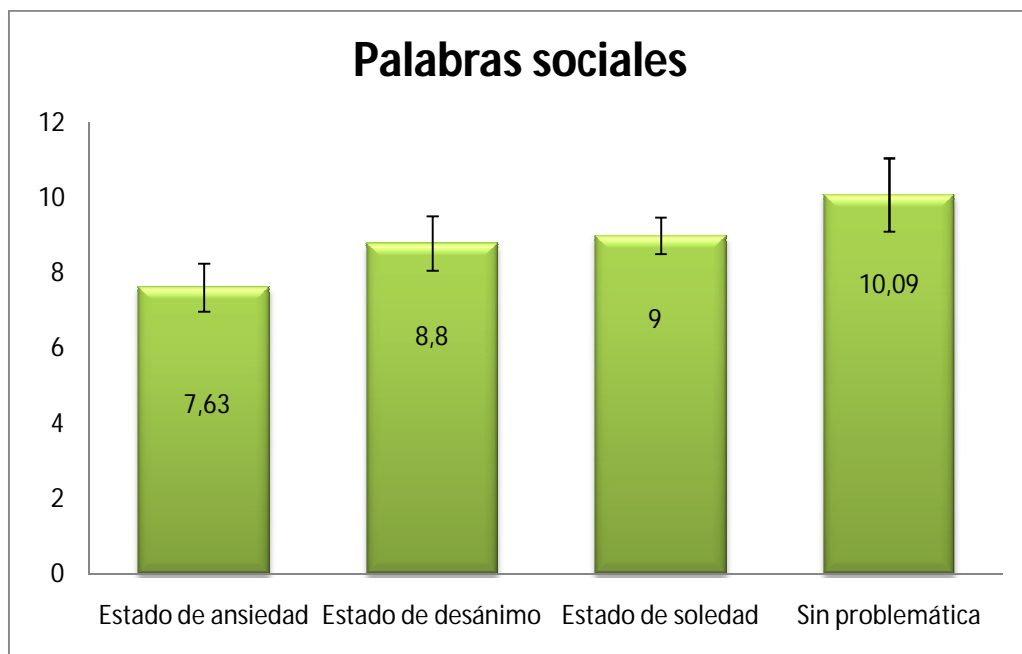


Figura 22. Media de palabras sociales según la problemática

Por lo tanto se rechaza la H3. Las personas con mayor nivel de distress psicológico, a través de los indicadores de estado de ansiedad, soledad y desánimo, respecto al grupo sin problemática (grupo control) verbalizan sus problemas de diferente manera, empleando para ello categorías semánticas propias.

En cuanto a la edad, tampoco hay diferencias significativas con respecto a la utilización de diferentes palabras, de manera que la edad no afecta al número total de palabras ni a las demás categorías. Es este sentido, hemos analizado si los grupos menores de 29 años, de 30 a 50 y los mayores de 50 utilizan diferentes palabras a la hora de transmitir sus pensamientos y preocupaciones vía internet (Tabla 23). Aunque no hay diferencias significativas entre la edad de las personas participantes y las categorías de palabras, hemos elaborado las figuras que corresponden a cada una de ellas: total de palabras utilizadas ($F(2,55) = 0,687$, $p = 0,507$), como podemos observar en la Figura 23, utilización de la primera persona del singular ($F(2,55) = 0,441$, $p = 0,645$) (Figura 24), palabras con emociones positivas ($F(2,55) = 2,063$, $p = 0,137$), como se muestra en la Figura 25 y negativas ($F(2,55) = 1,521$, $p = 0,228$) (Figura 26), primera persona del plural ($F(2,55) = 1,082$, $p = 0,346$) (Figura 27) y procesos sociales ($F(2,55) = 0,492$, $p = 0,614$) (Figura 28).

Tabla 23. Total de palabras y categorías de palabras según la edad

	Hasta 29			De 30 a 59			Más de 60		
	M	DE	ES	M	DE	ES	M	DE	ES
Total de palabras	283,82	238,96	58	358,7	276,21	48,82	415	401,04	133,68
Categorías									
Enfoque en sí mismos									
Yo/primer persona singular	3,95	2,7	0,65	4,52	1,71	0,3	4,16	1,74	0,58
Valencia positiva/negativa									
Emociones positivas	2,42	1,33	0,32	2,5	1,22	0,21	3,44	1,64	0,54
Emociones negativas	2,23	1,76	0,42	2,13	1,15	0,2	1,34	0,64	0,21
Procesos sociales									
Primera persona plural	0,21	0,28	0,06	0,26	0,47	0,08	0,49	0,73	0,24
Palabras sociales	8,48	3,63	0,88	8,78	2,52	0,44	9,69	3,18	1,06

Fuente: elaboración propia

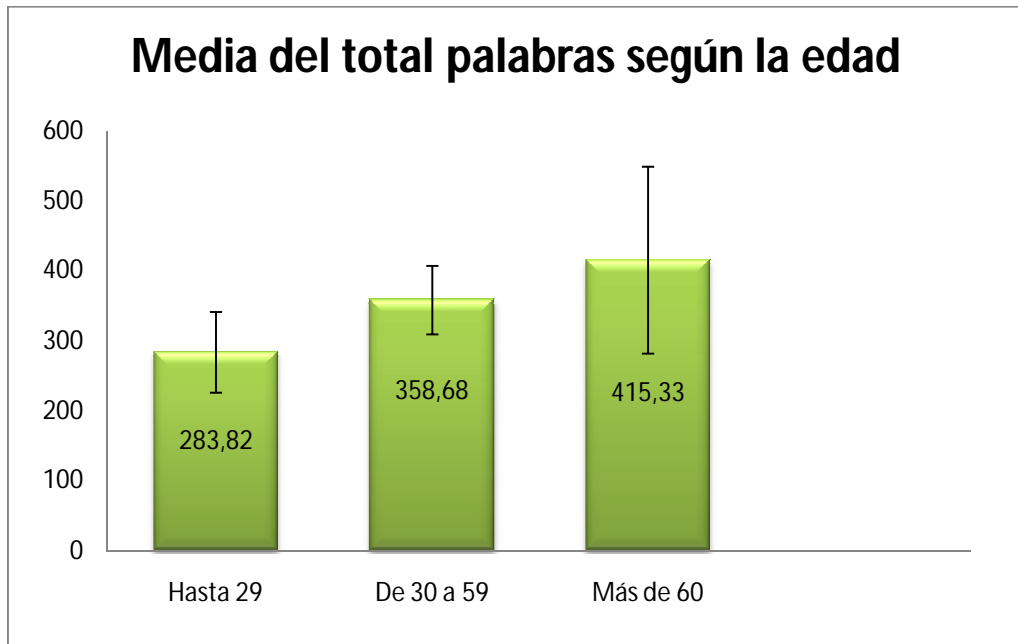


Figura 23. Media del total de palabras según la edad

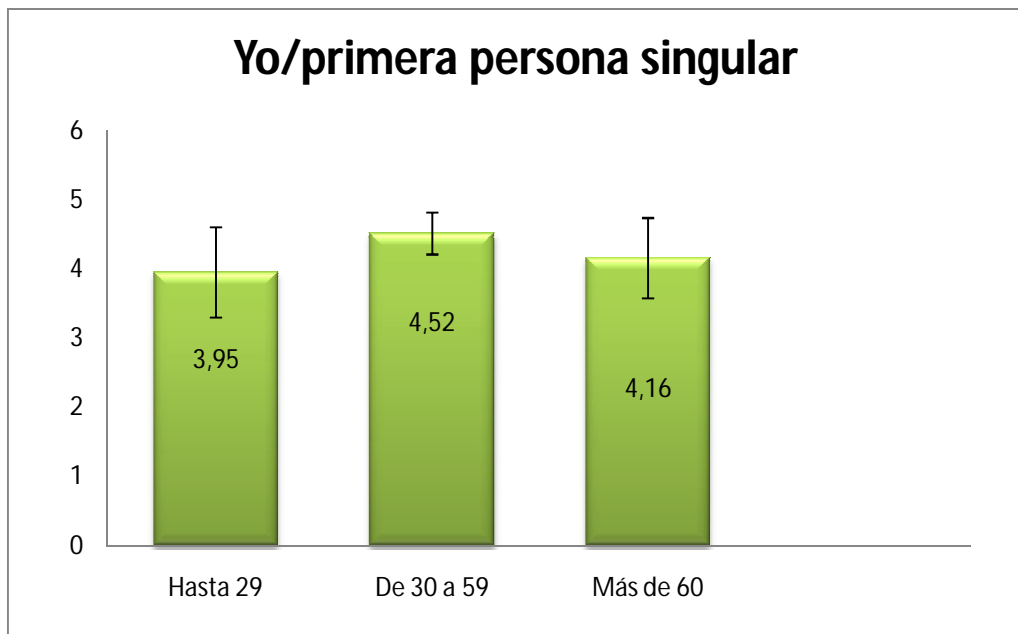


Figura 24. Media de palabras en primera persona singular según la edad

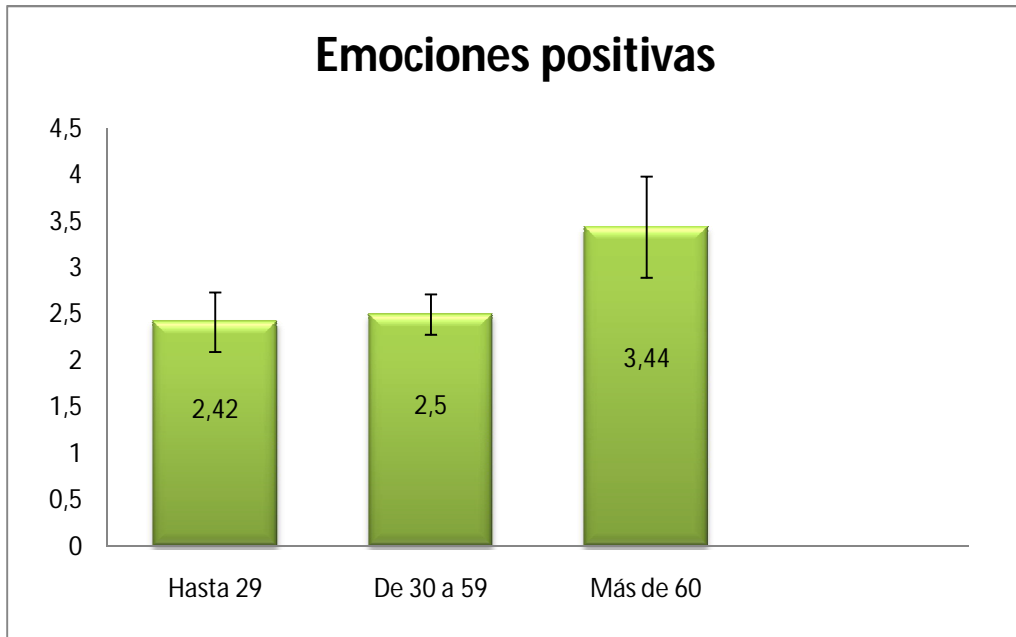


Figura 25. Media de palabras con emociones positivas según la edad

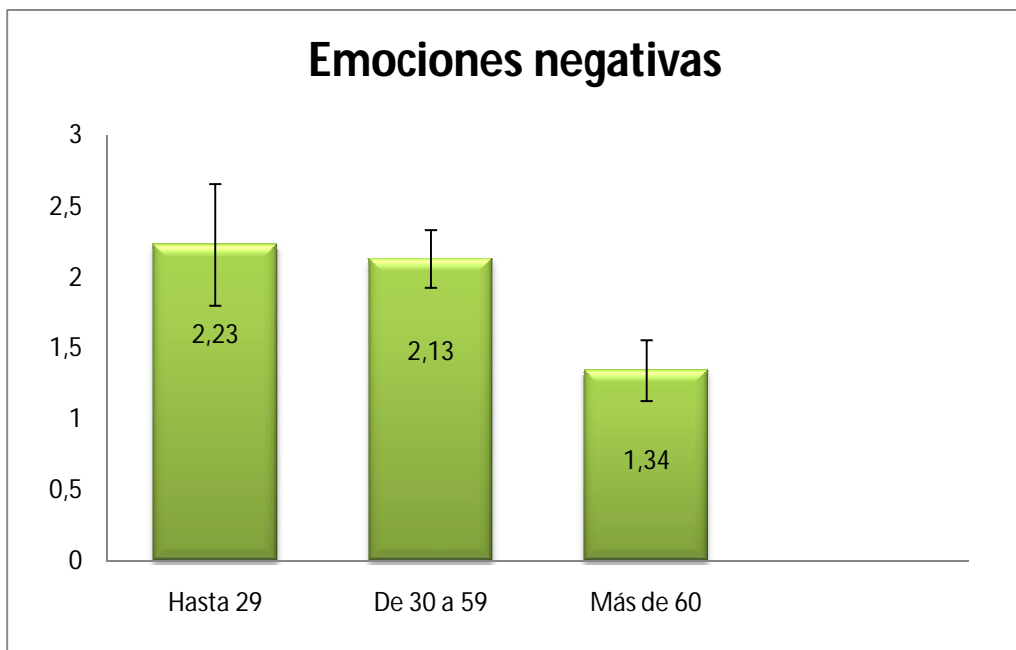


Figura 26. Media de palabras con emociones negativas según la edad

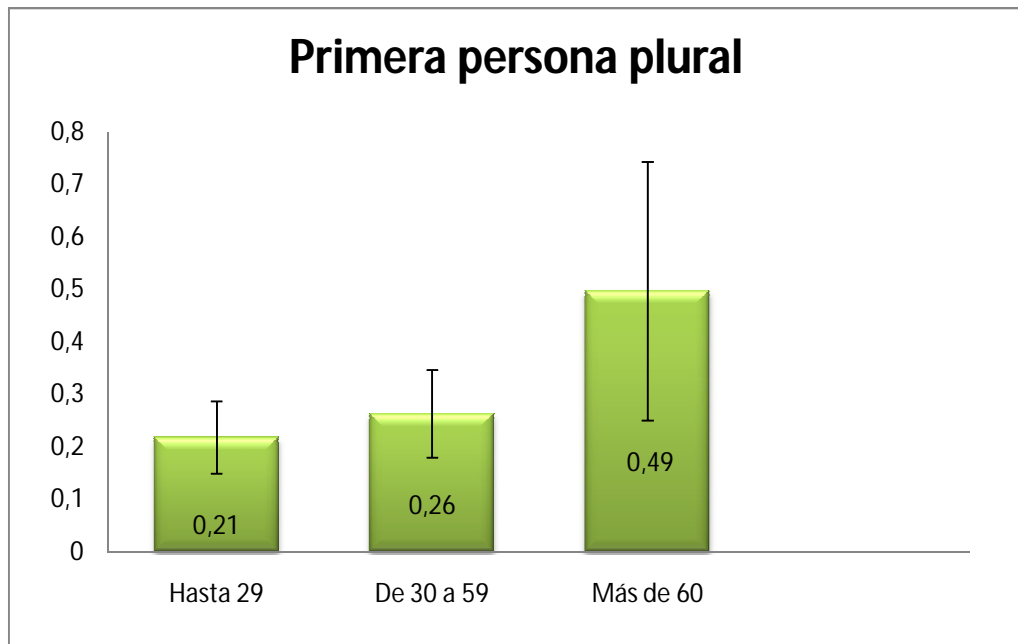


Figura 27. Media de palabras en primera persona plural según la edad

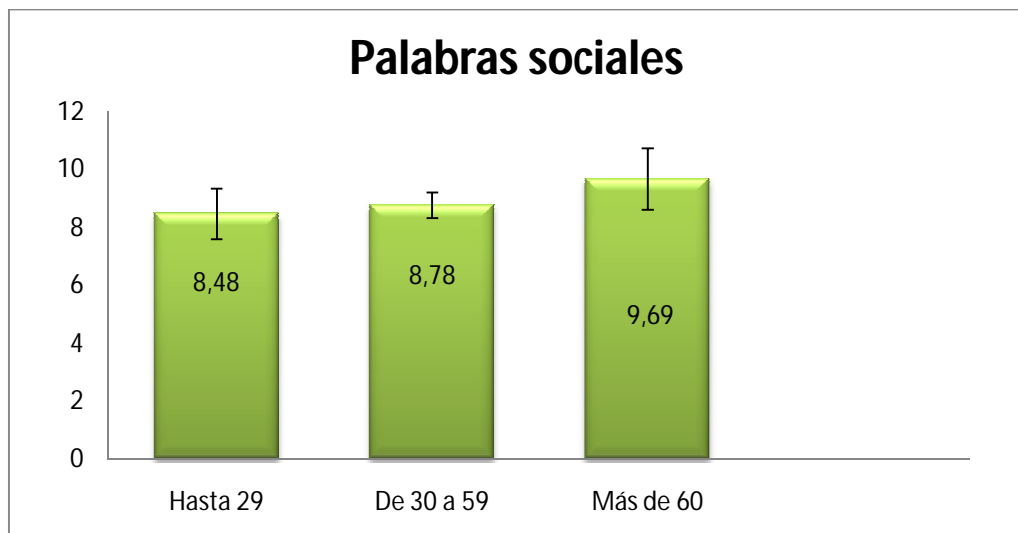


Figura 28. Media de palabras sociales según la edad

Por lo tanto, las personas menores de 29 años, con edades comprendidas entre 30 y 59 años y mayores de 60 años no utilizan diferente número de palabras ni diferentes categorías, como son la 1ª personas del singular, palabras con emociones positivas y negativas, 1ª persona del plural y palabras sociales.

En cuanto al género, hemos encontrado diferencias significativas con respecto a las categorías semánticas propias utilizadas, en concreto, observamos que en la categoría de palabras sociales las mujeres utilizan más palabras sociales que los hombres a la hora de describir sus preocupaciones e inquietudes, pero no encontramos diferencias significativas con respecto al resto de categorías (número de palabras, 1ª personas del singular, palabras con emociones positivas y negativas y 1ª persona del plural).

En este sentido, la Tabla 24 muestra si las mujeres y hombres utilizan diferentes palabras a la hora de transmitir sus pensamientos y preocupaciones vía internet. Aunque no hay diferencias significativas entre el género de las personas participantes y las cinco categorías de palabras que a continuación nombramos, hemos elaborado las figuras que corresponden a cada una de ellas: total de palabras utilizadas ($F(1,62) = 0,097$, $p = 0,756$) (Figura 29), utilización de la primera persona del singular ($F(1,62) = 1,868$, $p = 0,177$), como se observa en la Figura 30, palabras con emociones positivas ($F(1,62) = 0,232$, $p = 0,632$) (Figura 31) y negativas ($F(1,62) = 1,338$, $p = 0,252$), como se muestra en la Figura 32 y primera persona del plural ($F(1,62) = 0,144$, $p = 0,705$) (Figura 33).

Como hemos comentado anteriormente, en la categoría de procesos sociales (Figura 34) encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar el género de las personas participantes, utilizando las mujeres más palabras sociales para plasmar sus pensamientos en texto que los hombres ($F(1,62) = 6,519$, $p = 0,013$).

Tabla 24. Total de palabras y categorías de palabras según el género

	Mujeres			Hombres		
	M	DE	ES	M	DE	ES
Total de palabras	322,03	278,66	48,5	344	283,93	50,99
Categorías						
Enfoque en sí mismos						
Yo/primer persona singular	4,66	2,19	0,38	3,97	1,8	0,32
Valencia positiva/negativa						
Emociones positivas	2,65	1,35	0,23	2,83	1,53	0,27
Emociones negativas	2,22	1,55	0,27	1,84	0,93	0,16
Procesos sociales						
Primera persona plural	0,24	0,43	0,07	0,29	0,5	0,08
Palabras sociales	9,76	3,34	0,58	7,94	2,18	0,39

Fuente: elaboración propia

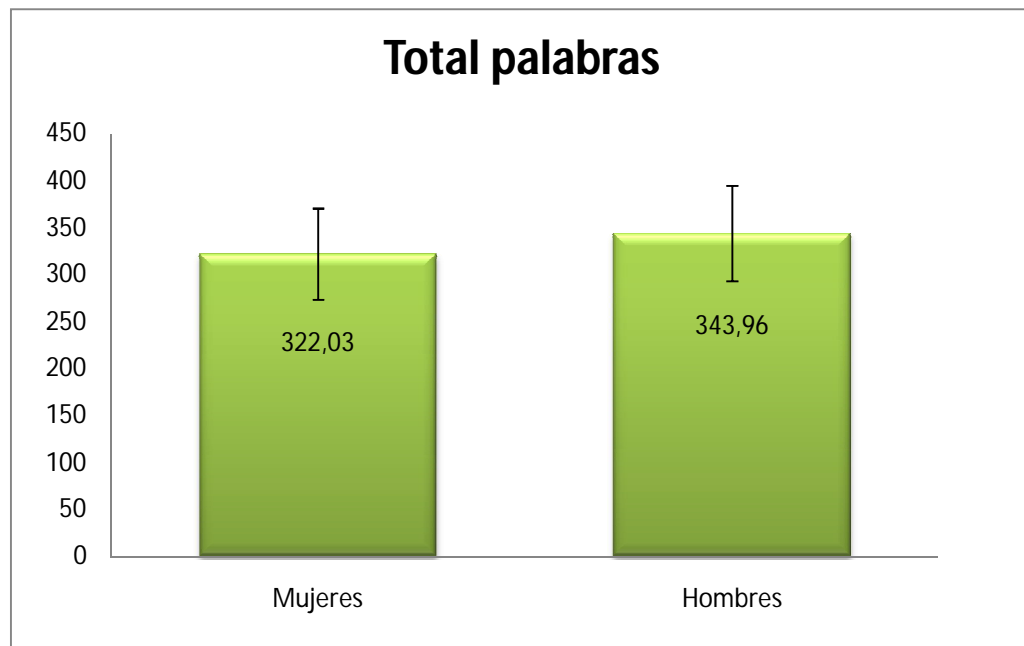


Figura 29. Media de total de palabras según el género

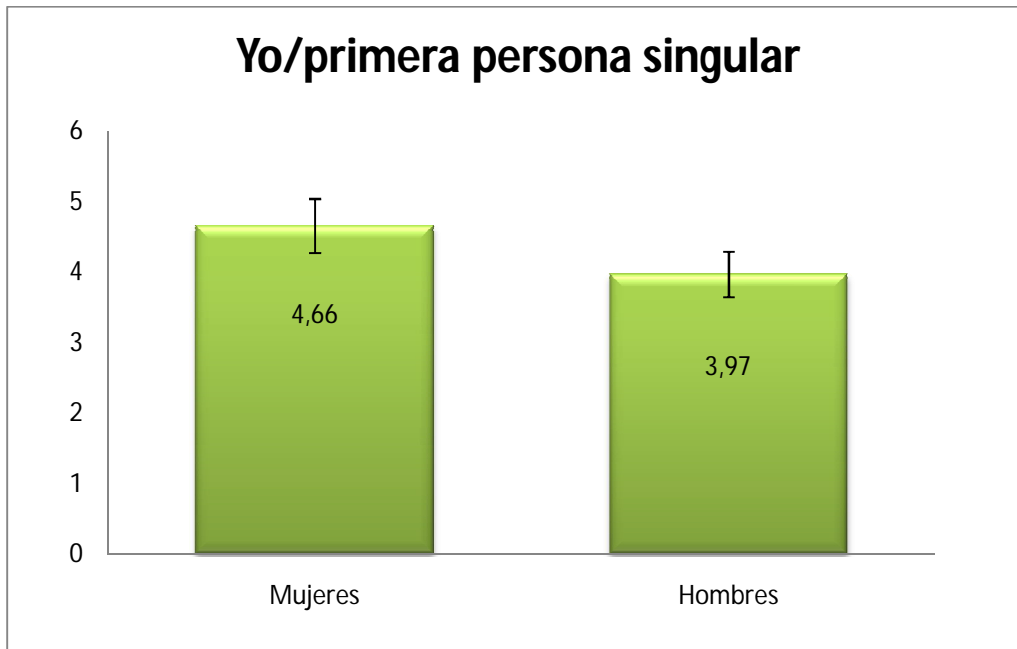


Figura 30. Media de palabras en primera persona singular según el género

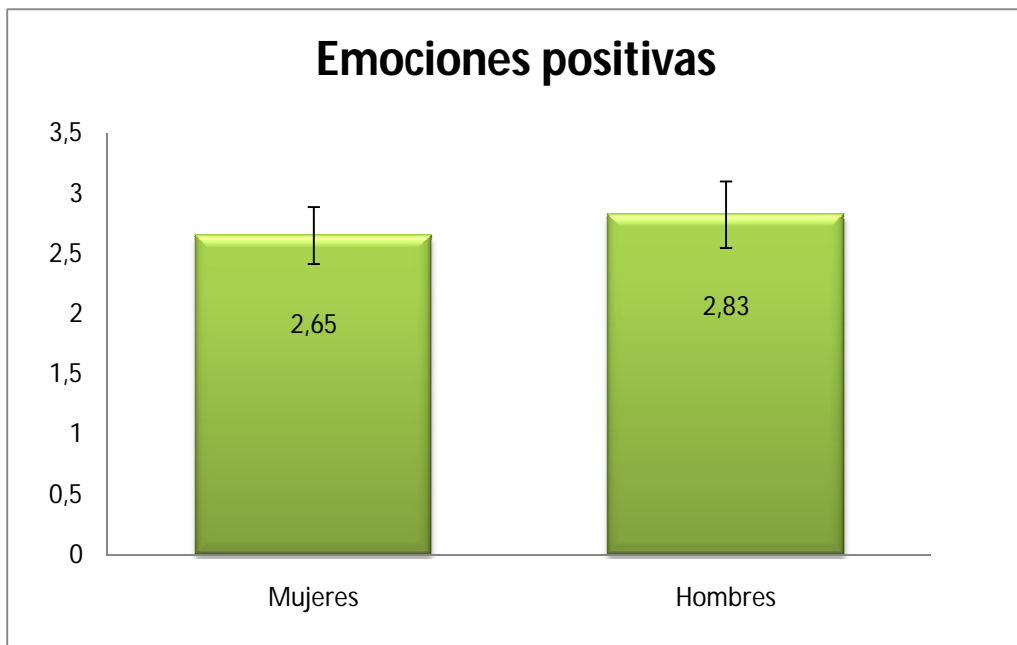


Figura 31. Media de palabras con emoción positiva según el género

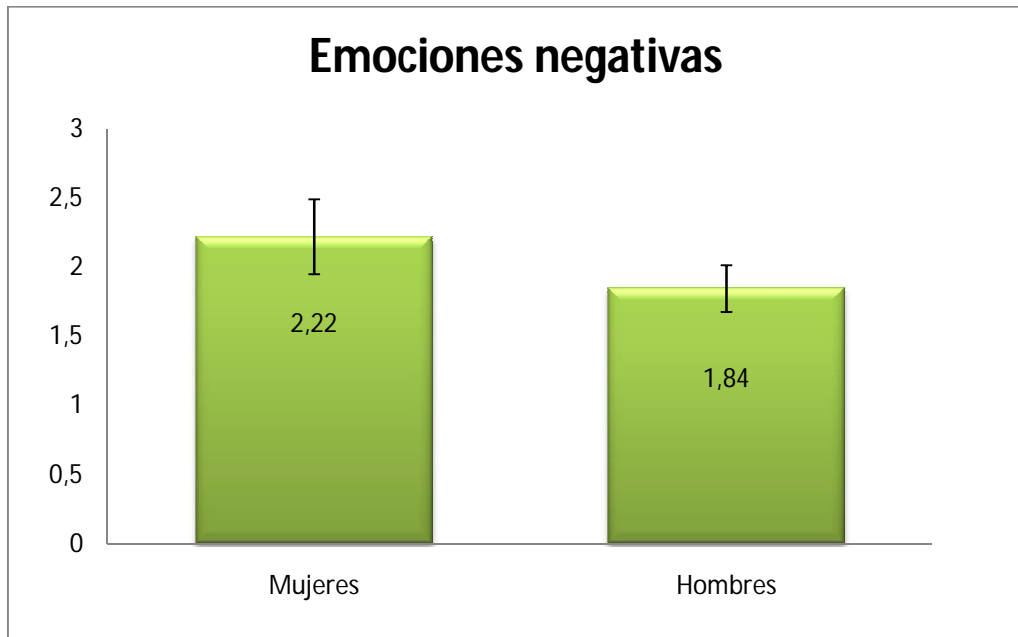


Figura 32. Media de palabras con emoción negativa según el género

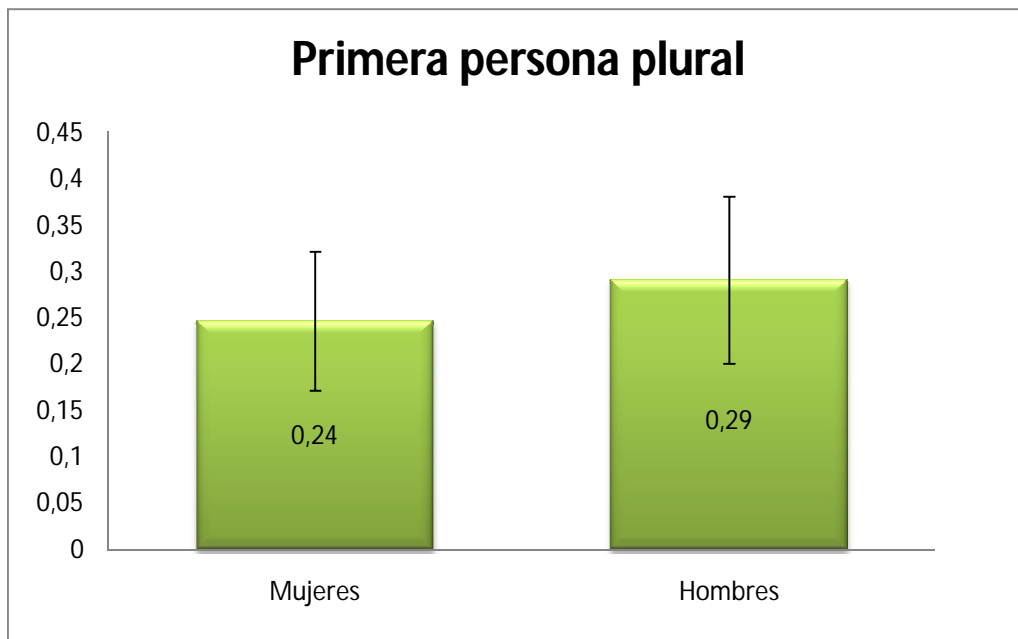


Figura 33. Media de palabras en primera persona plural según el género

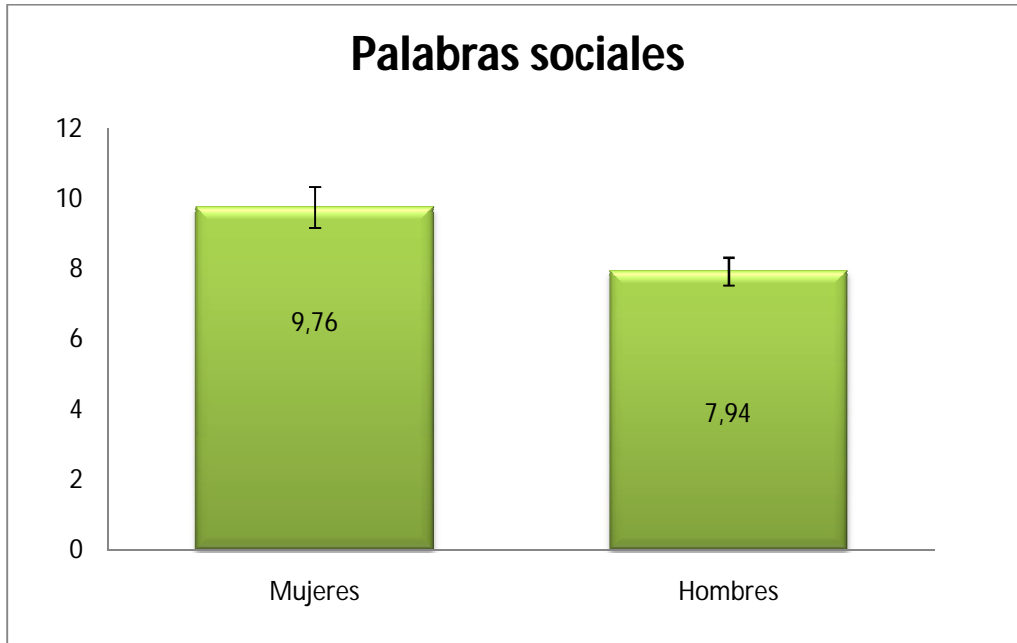


Figura 34. Media de palabras sociales según el género

2.4. ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN

Para tener una visión global de las opiniones de las personas usuarias, hemos resumido en cuatro figuras la puntuación de los cuestionarios según el grupo al que corresponda; las personas con estado de ansiedad corresponden a la Figura 35, las personas con estado de desánimo corresponden a la Figura 36, estado de soledad a la Figura 37 y por último, el grupo sin problemática corresponde a la Figura 38. El grupo de personas con estado de soledad y el grupo de personas sin problemática están satisfechas con la totalidad del servicio prestado; en este sentido, en la visión global mediante las figuras, podemos observar que hay variables coincidentes, pero otras se diferencian en cada grupo. Estas últimas son las que vamos a estudiar más detenidamente. Para ello, hemos considerado “no satisfechos” las personas que han numerado las casillas de “muy malo-bastante malo-malo-regular”, y “sí satisfechos” las que han marcado las casillas de “bueno-bastante bueno-muy bueno”. Del total de usuarios, solo cinco no han respondido al cuestionario (cuatro pertenecen al grupo de soledad y uno al de control).

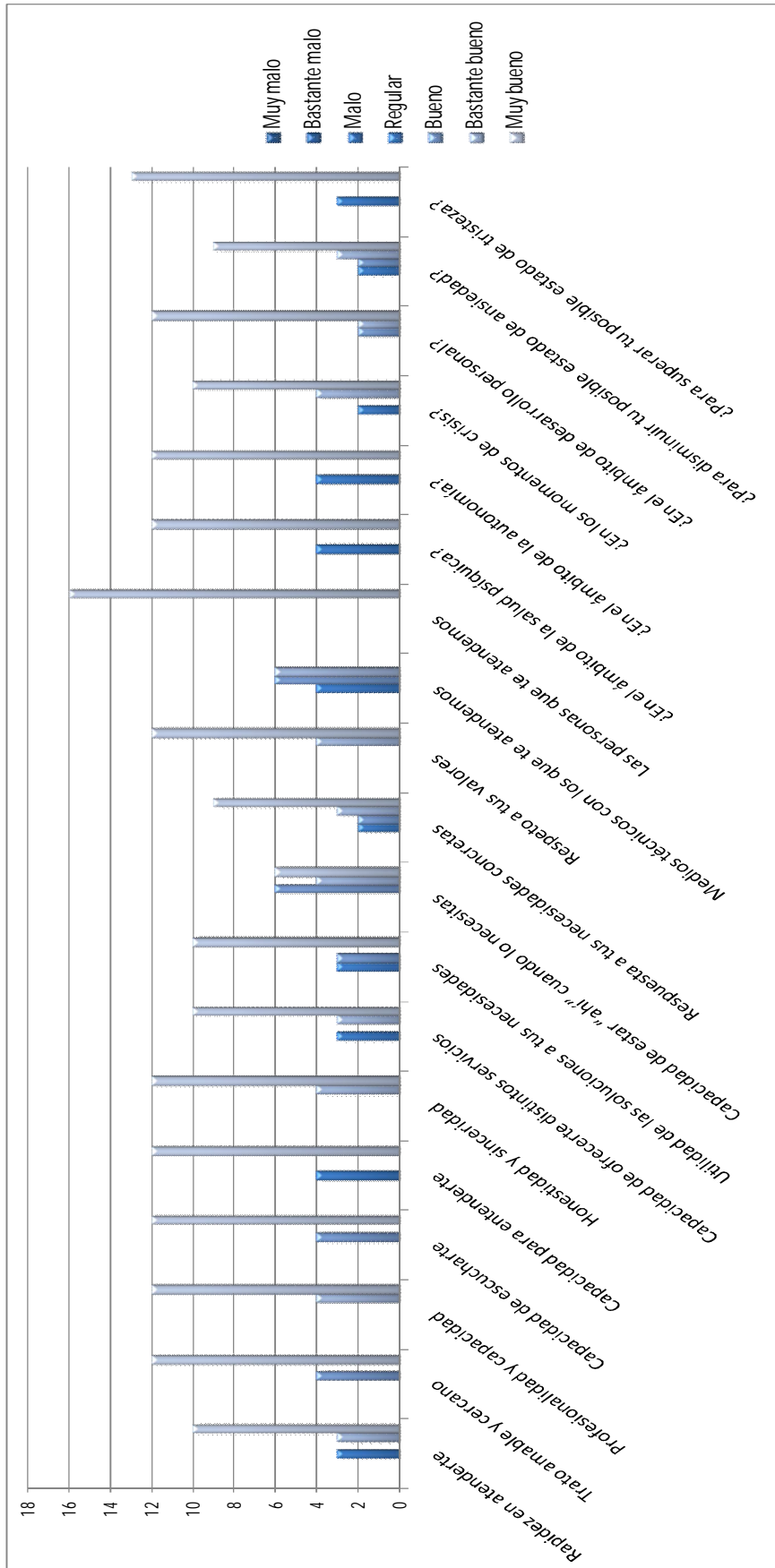


Figura 35. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas con estado de ansiedad

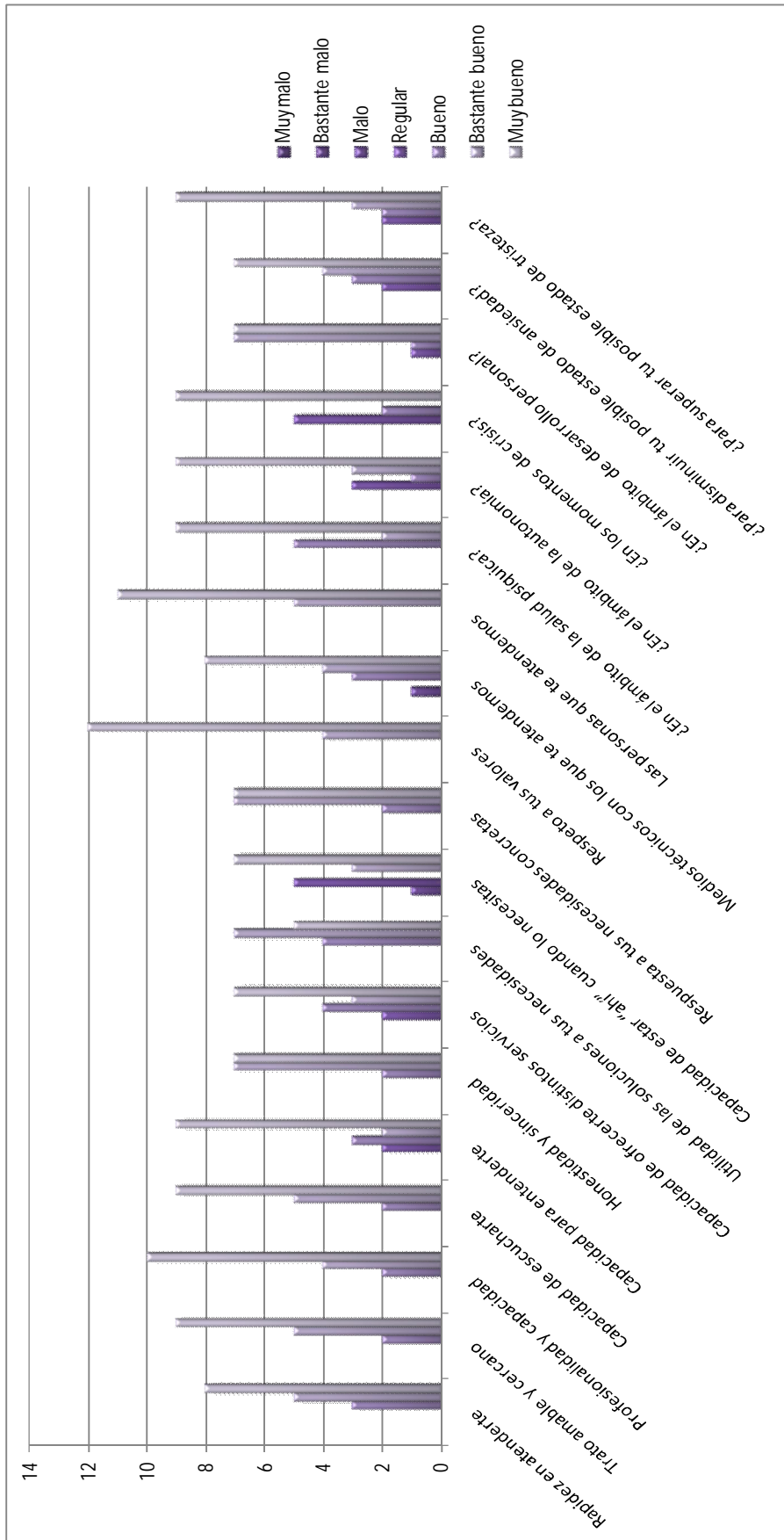


Figura 36. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas con estado de desánimo

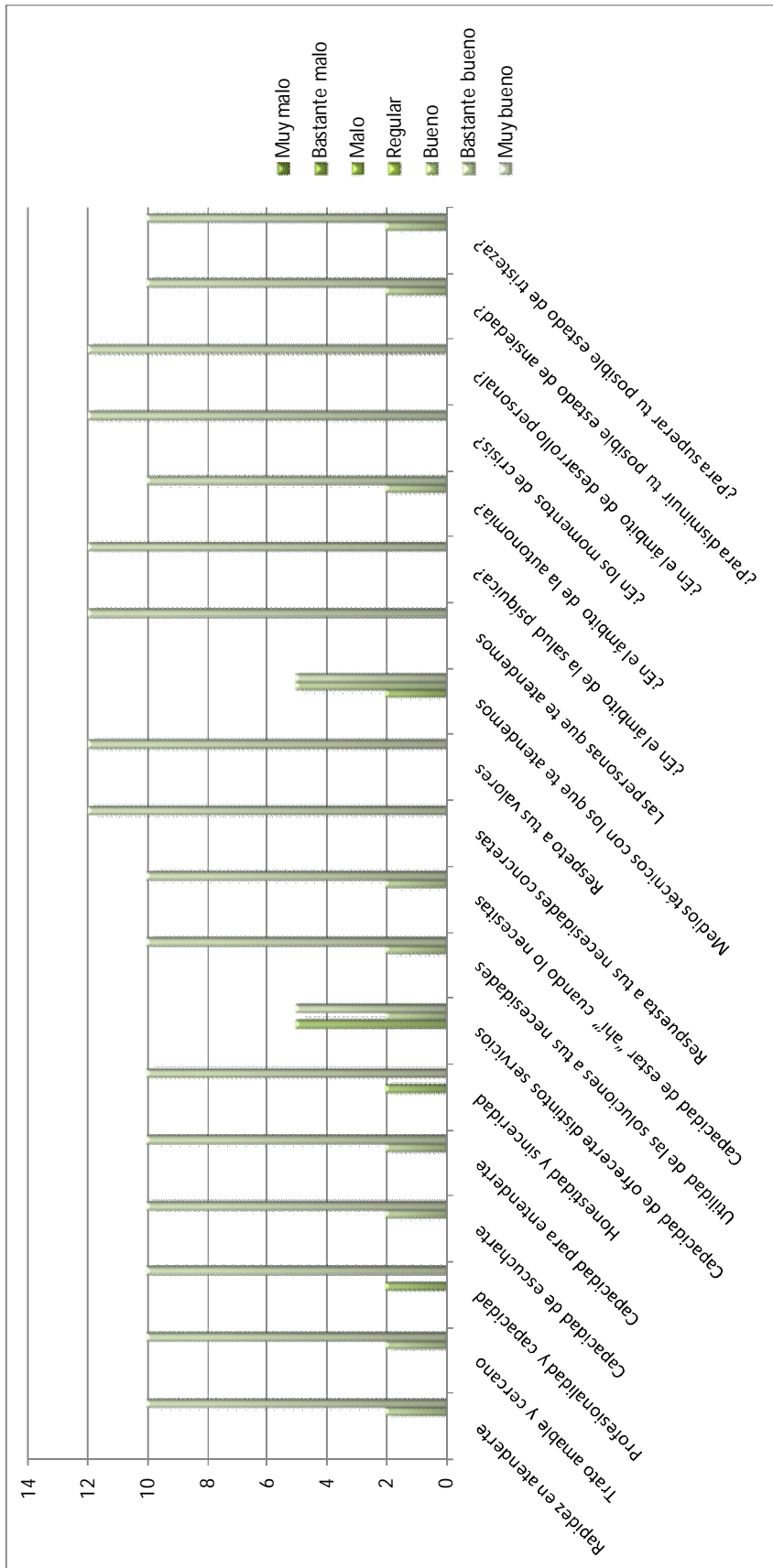


Figura 37. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas con estado de soledad

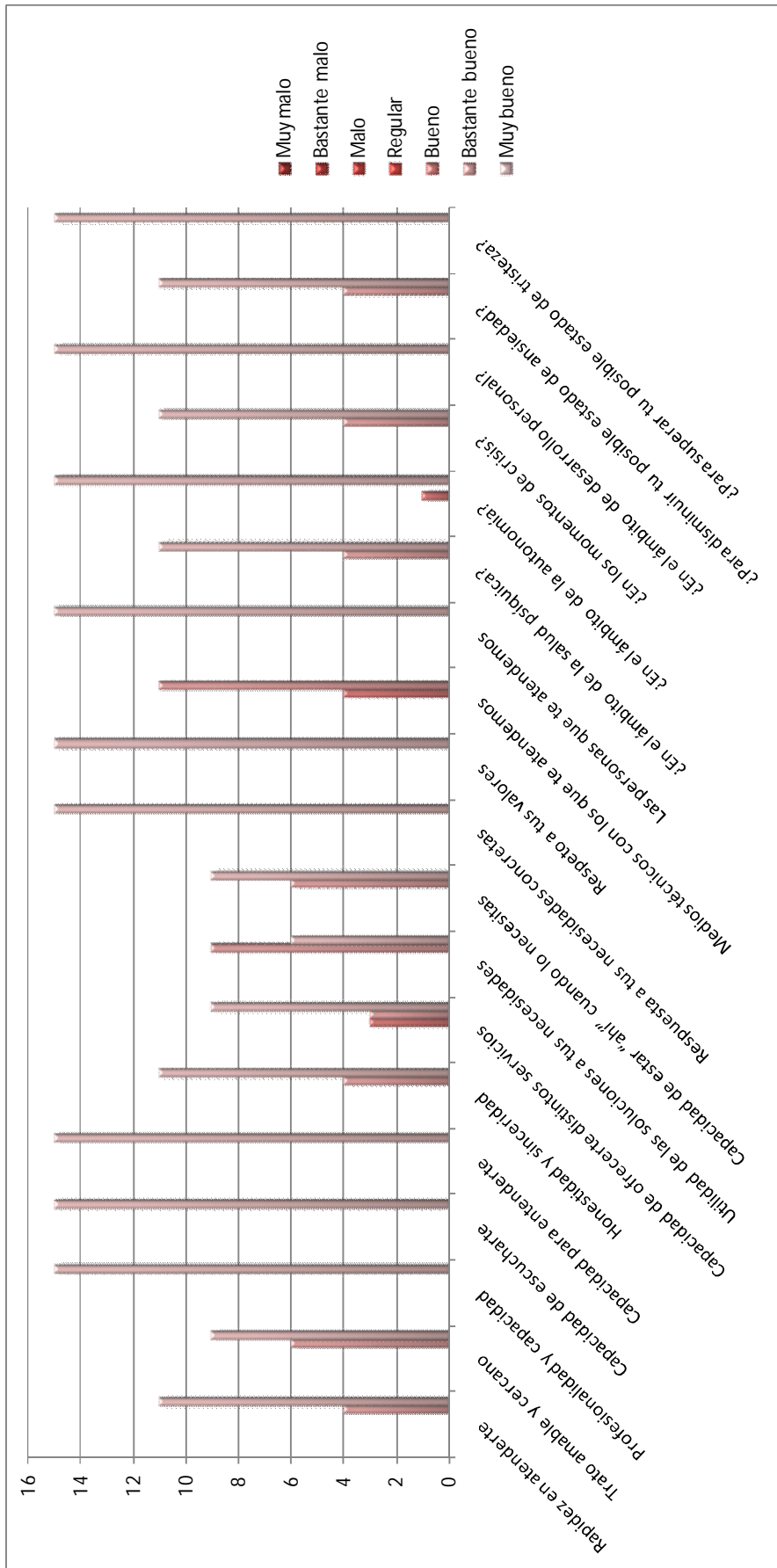


Figura 38. Respuestas del cuestionario de satisfacción del grupo de personas sin problemática

Una de las variables en las que se observa diversidad de opiniones según los grupos es la satisfacción en relación a la rapidez de atención del servicio. Se encuentran diferencias significativas ($X^2(3) = 8,494$; $p = 0,037$) en cuanto a la satisfacción de las personas usuarias y la rapidez de atención por parte de los profesionales del servicio, ya que el total de personas que sufren estado de desánimo, estado de soledad y sin problemática están satisfechas con el servicio en cuanto a la rapidez de atención, pero el colectivo de personas con estado de ansiedad están menos satisfechas (Figura 39). Comparando el grupo control con el resto de los grupos, se ve que coincide con el grupo de personas con estado de soledad y estado de desánimo, pero el grupo de estado de ansiedad es más crítico.

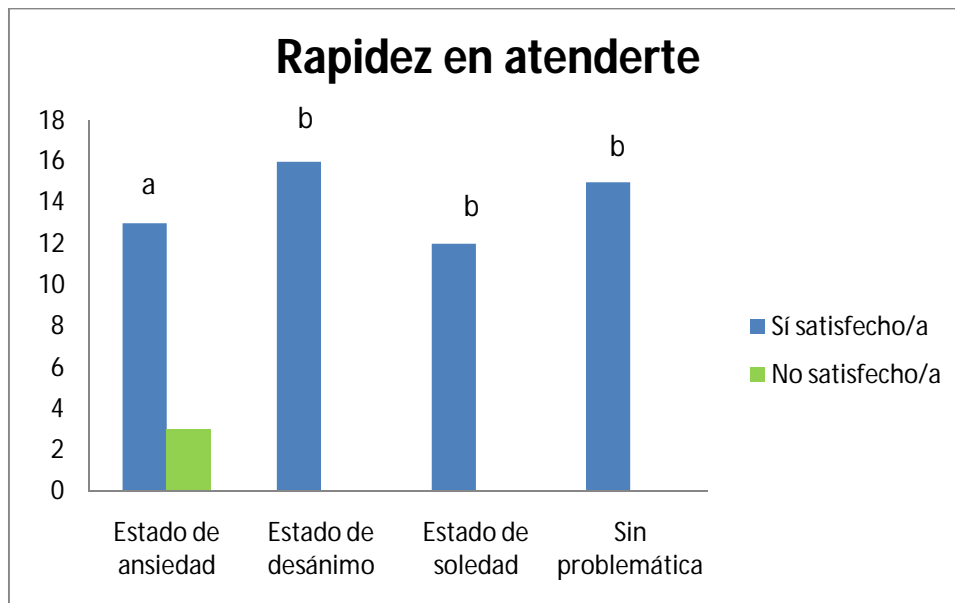


Figura 39. Grado de satisfacción en la rapidez en atender según el grupo

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado de ansiedad sienten menor grado de satisfacción en la rapidez en la atención que el grupo sin problemática (control).

Lo mismo ocurre con la variable “utilidad de las soluciones a tus necesidades”. Hay diferencias significativas ($X^2(3) = 8,494$; $p = 0,037$) en cuanto a la satisfacción de las personas usuarias y la utilidad de las soluciones aportadas por los profesionales del servicio, ya que el total de personas que sufren estado de desánimo, estado de soledad y sin problemática están satisfechas con el servicio. Sin embargo, el total de personas con estado de ansiedad no están satisfechas (Figura 40). Además, las personas con estado de desánimo y estado de soledad no se distinguen de las que no tienen problemática (grupo control).

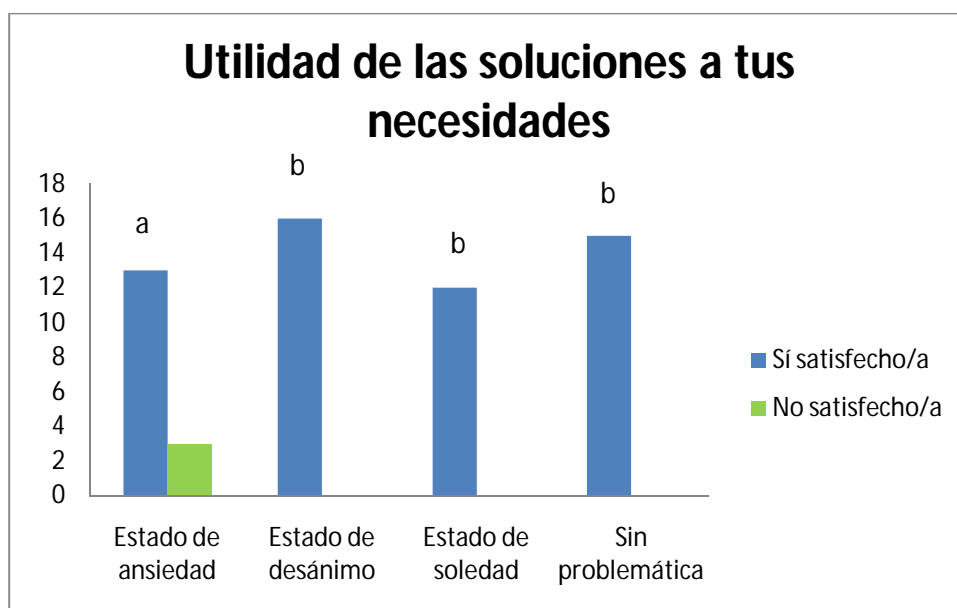


Figura 40. Grado de satisfacción en la utilidad de las soluciones a las necesidades según el grupo

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado de ansiedad sienten menor grado de satisfacción en la utilidad de las soluciones a sus necesidades que el grupo sin problemática (control).

Analizando la capacidad de los profesionales del servicio de estar ahí cuando las personas usuarias del servicio lo han necesitado, hemos encontrado diferentes respuestas. Comparando el grupo control con el resto de los grupos, se ve que coincide con el grupo de personas con estado de soledad y estado de ansiedad, pero el grupo con estado de desánimo es más crítico. Por lo tanto, hay diferencias

significativas ($X^2(3) = 17,950$; $p = 0,000$) en cuanto a la capacidad de estar ahí por parte de los profesionales del servicio, cuando las personas participantes en el programa lo demandan; además las personas usuarias con estado de ansiedad y estado de soledad no se distinguen de los que no tienen problemática (Figura 41).

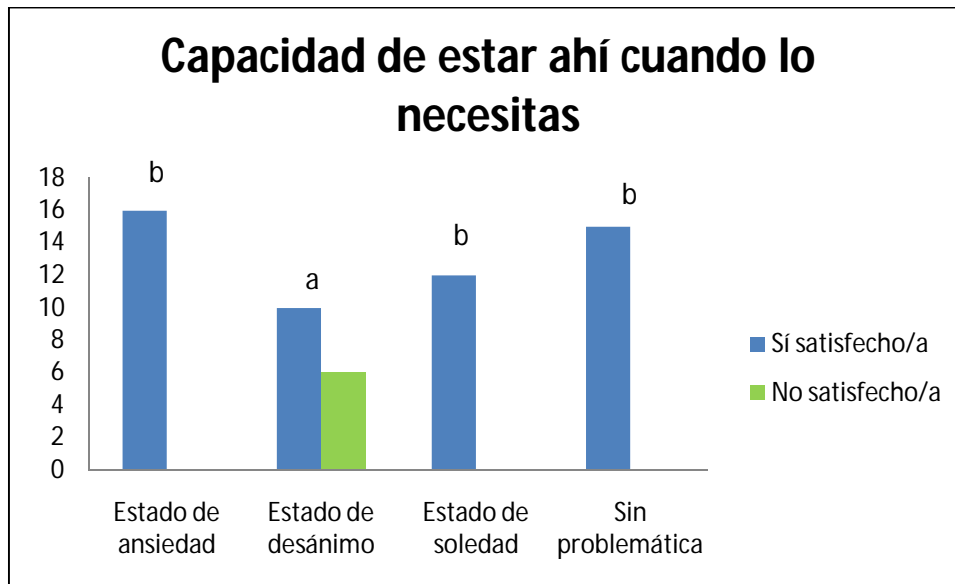


Figura 41. Grado de satisfacción en la capacidad de estar ahí cuando lo necesitas según el grupo

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado de desánimo sienten menor grado de satisfacción en la capacidad de los profesionales del servicio de estar ahí cuando las personas usuarias del servicio lo han necesitado que el grupo sin problemática (control).

En la Figura 42, vemos que las personas con estado de ansiedad son más críticas que el resto teniendo en cuenta los medios técnicos con los que cuenta el servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica”. Además, podemos observar que no existen diferencias significativas entre las opiniones de las personas usuarias que no sufren problemática y las que sufren estado de desánimo y estado de soledad; tampoco existen diferencias significativas entre el grupo con estado de ansiedad y estado de desánimo. Sí hay diferencias significativas entre los puntos de vista del grupo con estado de ansiedad y grupo sin problemática ($X^2(3) = 8,235$; $p = 0,041$).

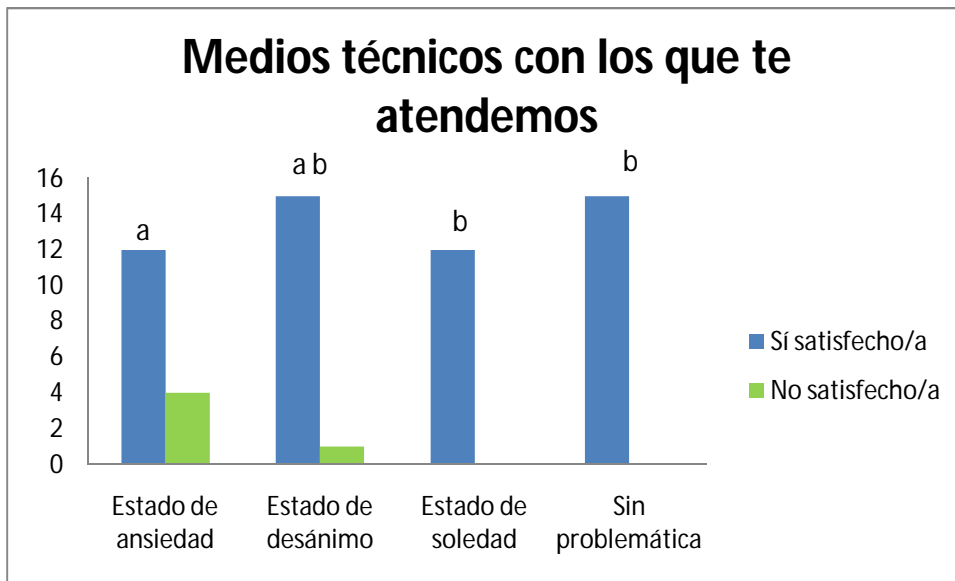


Figura 42. Grado de satisfacción en los medios con los que te atendemos según el grupo

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado de ansiedad y estado de desánimo sienten menor grado de satisfacción en los medios con los que te atendemos que el grupo sin problemática (control).

Otra de las variables en las que se observa diversidad de opiniones según grupos es la satisfacción de cómo los profesionales del servicio les hemos ayudado en el ámbito de la salud psíquica. Hay diferencias significativas ($X^2(3) = 11,535$; $p = 0,009$) en cuanto a la satisfacción de las personas usuarias en este aspecto, ya que el total de personas que sufren estado de desánimo, estado de soledad y sin problemática están satisfechas con el servicio en la ayuda recibida en el ámbito de la salud psíquica, pero el total de personas con estado de ansiedad no están satisfechas (Figura 43). Comparando el grupo control con el resto de los grupos, se ve que coincide con el grupo de personas con estado de soledad y estado de desánimo.

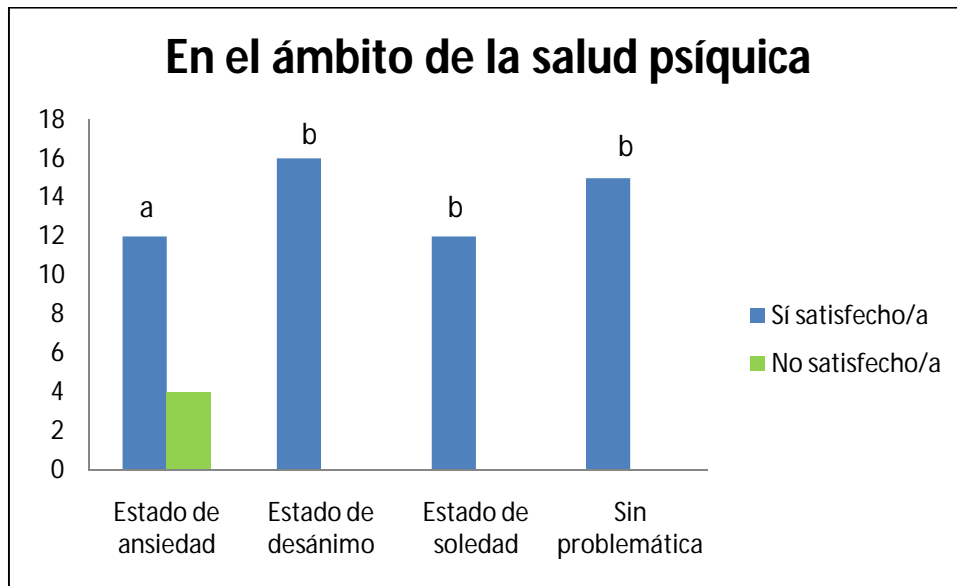


Figura 43. Grado de satisfacción de cómo te hemos ayudado en el ámbito de la salud psíquica según el grupo

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado de ansiedad sienten menor grado de satisfacción en cómo le hemos ayudado en el ámbito de la salud psíquica que el grupo sin problemática (control).

En la Figura 44, vemos que las personas con estado de desánimo son más críticas que el resto teniendo en cuenta la satisfacción de cómo los profesionales del servicio les hemos ayudado en los momentos de crisis. Podemos observar que sí hay diferencias significativas entre los puntos de vista del grupo con estado de desánimo y grupo sin problemática ($X^2(3) = 9,391$; $p = 0,025$). Además, teniendo en cuenta esta variable, vemos que no existen diferencias significativas entre las opiniones de las personas usuarias que no sufren problemática y las que sufren estado de ansiedad y estado de soledad.

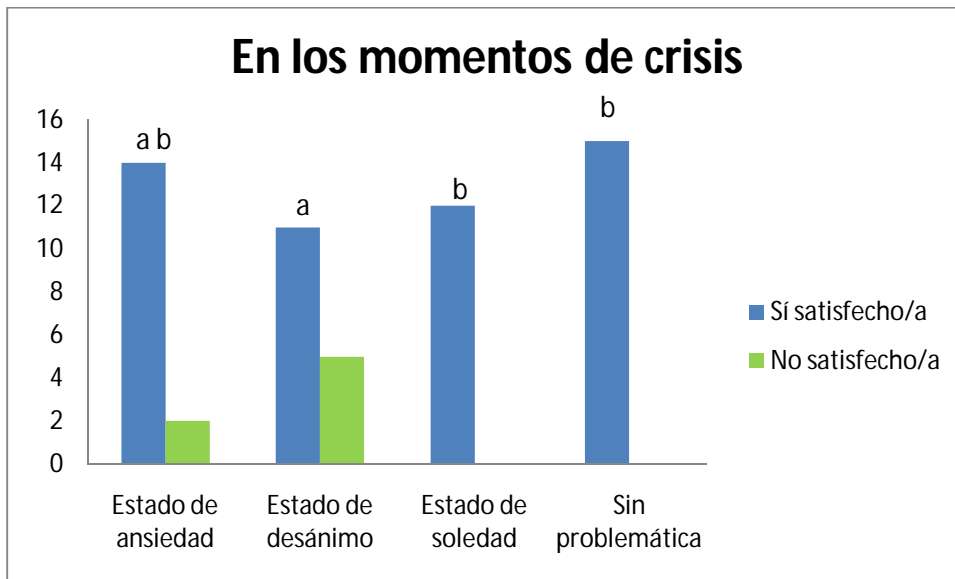


Figura 44. Grado de satisfacción de cómo te hemos ayudado en los momentos de crisis según el grupo

Por lo tanto se acepta:

Las personas con estado de ansiedad y estado de desánimo sienten menor grado de satisfacción en cómo le hemos ayudado en los momentos de crisis que el grupo sin problemática (control).

Por lo tanto se acepta parcialmente la H4. Las personas con mayor nivel de distress psicológico, a través de los indicadores de estado de ansiedad, desánimo y soledad, sienten menor grado de satisfacción por la atención recibida que el grupo control.

CAPÍTULO 3. DISCUSIÓN

Cada vez son más los servicios que ofrecen atención y orientación en momentos de crisis a través de las nuevas tecnologías, no obstante existen diversidad de opiniones acerca de estos servicios. Los autores que apoyan la intervención en crisis a través de internet son Andrews y Titov (2010a y 2010b), Robinson et al. (2010), Titov, Andrews, Davies, McIntyre, Robinson y Solley (2010), Henderson (2009), Perini, Titov y Andrews (2009), Barak (2007), Pousada et al. (2007), Andrés (2006), Derrig-Palumbo y Zeine (2005), Titov y Knight (2005), Grohol (1999), Mitchell y Murphy (1998) y Wilson y Lester (1998).

Por el contrario, otros autores como Maheu et al. (2005), Knaevelsrud, Jager y Maercker (2004), Valerina (2003), De Lucas (2002), Stofle (2002), Risco, Otal, Iciar, Heredero y De Lucas (2001), Humphreys, Winzelberg y Klaw (2000), McFadden y Jencius (2000) y Suler (2000) no apoyan tanto la intervención en crisis online por lo que evitarían dar respuestas en intervenciones de crisis. Además, comentan que son evidentes los inconvenientes de la intervención online en relación a la contención de una persona en crisis.

3.1. GÉNERO Y EDAD

Según los resultados obtenidos y en relación al primer objetivo, que es conocer el perfil de las personas usuarias, corresponde a un 51,48% de mujeres y el 48,44% a hombres dentro de un total de 64 participantes en nuestra investigación. Se comprueba que las cifras de participación en cuanto al género son similares, no existiendo diferencias significativas en el género de las personas que han elegido este servicio como forma de ayuda y/o consejo. Lo mismo sucede en la Universidad de Málaga (Valero, 2002), puesto que solamente se da una pequeña diferencia entre las características de los usuarios según su género.

Este resultado coincide también con el servicio SAHAR ofrecido por Barak (2007), que comenta que no existen diferencias significativas con respecto al uso del servicio y el género de las personas que acuden a él en busca de consejo y orientación, a través del apoyo ofrecido online.

Sin embargo, en la Asociación Samaritans, en el año 2007 como ya se mencionó, el género de los usuarios es diferente en proporción ya que el 74,50% corresponde al sexo femenino y el 22,30% al sexo masculino (Ferns et al., 2007). La Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava (2010) recibe 66,71% de llamadas correspondientes al sexo femenino, y el 33,29% son de sexo masculino. Los resultados en cuanto al género de los usuarios de estas dos Asociaciones, no corresponden con los resultados de Telecuidado, pero hay que tener en cuenta que en los servicios que ofrece la primera Asociación está incluido el servicio telefónico y el servicio online y la segunda solamente ofrece servicio telefónico sin servicio vía internet.

Según las edad de las personas participantes y continuando con el primer objetivo, la media de edad de los usuarios del programa es 39,63. El 26,56% del total de personas participantes corresponde hasta la edad de 29 años, el 50% corresponde a edades comprendidas entre los 30 y 59 años, el 14,06% del total de usuarios del programa corresponde a más de 60 años y por último, desconocemos la cifra en el 9,37% de los casos. No existen diferencias significativas en la edad de las personas que han elegido este servicio. En la Universidad de Málaga (Valero, 2002), por razones de anonimato, desconocen la edad de los usuarios, no existiendo dato alguno referente a los mismos, aunque comenta que la mayor proporción de las consultas son de estudiantes (57%) y en menor medida de padres preocupados por los problemas de sus hijos (7%), y de otros adultos que no están ya en edad universitaria corresponde un 36%.

Sin embargo, aunque SAHAR tiene el principio de respetar el anonimato y la identidad de las personas que acuden a su servicio, hallan diferencias significativas claras en el factor edad, tal y como comenta Barak (2007), ya que la mayoría de las personas que acuden al servicio SAHAR es menor de 30 años, puesto que el 70% son adolescentes, y apenas hay personas mayores de 50 años de edad que contacten. Este resultado no coincide con el servicio Telecuidado con respecto a la edad, que no se observan diferencias significativas.

En la misma línea que SAHAR, y centrándonos en los últimos estudios en relación a la Asociación Samaritans (Pollock, Armstrong, Coveney y Moore, 2010),

estos autores indican que el 65,60% son usuarios menores de 35 años, el 33,50% corresponde a personas con edades comprendidas entre los 35 y 65 años y el 0,90% a mayores de 65. Estas cifras tampoco corresponden a las que se obtienen en Telecuidado. Sin embargo SAHAR y Samaritans coinciden en que, la mayoría de los usuarios que acuden a estos servicios en busca de ayuda son menores de 35 años.

La Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava (2010) recibe 3,97% llamadas correspondientes a personas menores de 29 años, el 82,69% son de 30 a 59 años y el 2,81% son mayores de 60 años y un 10,53% de personas sin especificar. Los resultados en cuanto a la edad de los usuarios de esta Asociación, no corresponden con los resultados de Telecuidado, pero sí coinciden en que el tanto por ciento mayor, corresponde a edades comprendidas entre los 30 y 59 años, a diferencia de la Asociación Samaritans, SAHAR y UMA, en que la mayoría de las personas que contactan con los servicios son menores de 35 años.

Habiendo comparado la edad de los cuatro grupos (personas con estado de ansiedad, desánimo, soledad y el grupo control), hemos encontrado que queda aceptada parcialmente la H1. en relación al nivel de distress psicológico, entendido éste por el grado de ansiedad, soledad y desánimo de las personas que solicitan los servicios de telecuidado, que es directamente proporcional a variables sociodemográficas como la edad; además se acepta también que las personas con estado desánimo y estado de soledad tienen mayor edad que el grupo sin problemática (grupo control). Sin embargo se rechaza que las personas con estado de ansiedad tengan una mayor edad que el grupo sin problemática (grupo control).

3.2. MEDIOS UTILIZADOS

En relación al segundo objetivo que era el estudio de los medios utilizados en el ámbito de la intervención en crisis e internet, referido a la utilización de las distintas vías asistenciales (email, chat y videoconferencia) por parte de Telecuidado, ha resultado que el medio más utilizado por las personas usuarias ha sido el email (68,75%). La preferencia por esta vía puede deberse a que es más flexible, y siendo anónima, las personas usuarias pueden escribir en cualquier lugar y momento. Así opinan también Weinert y Hill (2005), Sánchez (2000), Valero (2002) y Barak

(2007) al decir que han experimentado un aumento de contactos vía email (6,5%) desde el año 2008 al 2009, y un descenso de la atención cara a cara (7,6%) y también un descenso de la atención telefónica (2,2%). Sin embargo, la atención mediante mensajes a móviles también ha aumentando considerablemente (24,2%). Los últimos estudios indican que el 59,50% de contactos con la Asociación Samaritans son vía email, y el 34,60% vía telefónica, correspondiendo el resto a otras modalidades como los mensajes vía móvil, las visitas presenciales, etc. (Pollock et al., 2010). Esto nos indica que la modalidad vía email va progresando.

Mediante este medio (email), los usuarios de Telecuidado escriben a los profesionales, y éstos, envían una posible contestación, consejo o referencia sobre lo que hacer con su problema. La preferencia por esta vía puede deberse a que pueden escribir en cualquier momento y desde cualquier ordenador y también pueden recibir respuestas de los profesionales en cualquier lugar o momento, al igual que opina Valero (2002). El uso del correo electrónico por parte de las personas participantes como herramienta de comunicación les obliga a elaborar los mensajes, y no responder de manera emocional e inmediata, sino redactando las respuestas y escribiendo un discurso lógico entendible por la persona profesional.

El usuario de Telecuidado puede escribir el mensaje, releerlo, editarlo, cambiarlo, mejorar algunas frases, etc., y decidir revisarlo al día siguiente antes de su envío definitivo. Esa redacción y elaboración del mensaje puede ayudar también a la propia persona para aclarar sus ideas, entender mejor su problemática, y elaborar para sí mismo la lógica de su historia personal. Según Sánchez (2000), los efectos de esta reflexividad al elaborar los mensajes afectan a la información de los contenidos de los mensajes, son más elaborados, permiten un mayor despliegue de recursos expresivos y literarios, la relación se vuelve más reflexiva, más consciente, y aunque haya demora en las transmisiones hay una mayor implicación en ambos comunicantes, al propiciar un diálogo más reflexivo y sobre temas personales y vitales.

El correo electrónico ayuda a las personas que tienen dificultades en una relación personal, en expresar y describir sus emociones, que pueden escribir y expresar de una manera razonada por escrito. Los usuarios de este servicio no se

pueden sentir prejuizados a partir de esos indicios contextuales; pueden percibir un trato más igualitario y alejado de las convenciones sociales en cuanto a sexo, edad, apariencia, etc. El anonimato permite hacer preguntas y confesiones que difícilmente se harían cara a cara (Barak, 2007), y es lo que les ocurre a las personas usuarias del servicio Telecuidado.

El uso del chat, es el segundo medio preferido por las personas usuarias del servicio Telecuidado (17,19%), y supone un contacto en tiempo real a través del ordenador entre éstas y las personas profesionales (Chechele y Stofle, 2003; Stofle, 2002). La elección de este medio como segunda prioridad se puede deber a que también se respeta el anonimato, y a que su uso es más inmediato y rápido, como comentan Valero (2002) y Maheu y Gordon (2000).

En el caso del email y chat, elimina todo el contexto de la comunicación verbal (los gestos, la entonación, el contacto ocular, los silencios) y puede tergiversar e incluso impedir un adecuado consejo psicológico, y desde luego hacer imposible cualquier forma de tratamiento psicológico directo. Pero ambos respetan el anonimato, aspecto muy valorado por las personas usuarias de Telecuidado; no se sienten prejuizados.

La videoconferencia, que supone también un contacto en tiempo real y que utiliza simultáneamente textos escritos y escucha telefónica y además se pueden ver los rostros tanto de las personas usuarias como de los profesionales, es usada por un 14,06%. Esta forma de comunicación es la más completa, puesto que incorpora los aspectos gestuales y de contexto en la comunicación (Valero, 2002) pero se diluye el anonimato, ya que es lo más parecido a una atención cara a cara y esta puede ser la razón por la que es el medio menos utilizado dentro del servicio ofrecido por Telecuidado.

Encontramos una asociación significativa en la elección del medio utilizado por las personas participantes con una probabilidad menor de 0,001, dos grados de libertad y un X^2 de 36,22; pero teniendo en cuenta el género y la elección del medio para contactar con el servicio, no existe una asociación significativa entre hombres y mujeres a la hora de utilizar el email, chat o videoconferencia.

3.3. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES DE LOS USUARIOS

En un primer momento Telecuidado de la Salud Psíquica clasificó la problemática según el análisis descriptivo de la fenomenología y poder coincidir así con otros estudios de teléfonos de crisis que pretenden entender los fragmentos de la realidad, tal y como la construye y da significado la persona usuaria. Todo ello se enmarca además de una manera grupal y contextualizada, puesto que lo que se tiene en cuenta es la subjetividad de las personas usuarias, y así darles después un significado a través de una reducción del conjunto de los datos, como bien lo expresa Pizarro (2000).

El principal motivo de consulta en los dos géneros es el de la soledad, siendo inferior el resto de las demás problemáticas. Le siguen las personas usuarias que sufren estado de desánimo por desempleo (depresión), por conflictos de pareja y por el síndrome de burn-out, con un porcentaje del 9,38%, respectivamente, correspondiente a cada una de las problemáticas citadas. Un 8,70% son personas con problemas de esquizofrenia paranoide y un 8,70% sufren trastorno bipolar. Las personas que sufren estado de desánimo (depresión) y ansiedad en el trabajo, suponen un 6,25% cada una de ellas. Podemos observar que las diferencias porcentuales según los diversos problemas tienen diferencias significativas en cuanto al número de usuarios en cada tipo de problemática.

Como ya se ha indicado en la Tabla 13, y dado que los porcentajes son de menor importancia, no los especificamos aquí, pero entre todos ellos cerca del 35,03% corresponden a problemas de agorafobia, ataque de pánico, ansiedad en relación con los exámenes, el rol de ama de casa y la toma de decisiones, impulsividad en dirección a la agresividad, ludopatía y sexo, duelo, trastornos de alimentación, información general, deporte y psicología, hipocondrías, hemofobia y Tdah. Estos han sido los temas que las personas usuarias han presentado y que para ellos han sido significativos.

El problema más frecuente entre las usuarias de género femenino en Telecuidado, es el sentimiento de soledad (15,15%). La soledad es considerada la

nueva enfermedad del siglo XXI y tanto Álava como Europa, reflejan un cambio en los modos de vida, donde los ciudadanos caminan hacia una sociedad más individualizada y solitaria (Rego, 2010). El ataque de pánico, el conflicto de parejas y el síndrome de burn-out se dan en un 9,09% respectivamente. Los problemas más frecuentes entre el total de usuarios de género masculino, son la soledad por un lado (16,13%), y en la misma proporción el desánimo (depresión) originada por el estado de desempleo (16,13%). La crisis económica que ha golpeado duramente a este país a principios de este siglo XXI, deja a su paso desempleo y las consecuencias que éste genera en la salud psíquica.

Las personas acuden al servicio de Telecuidado de la Salud Psíquica en busca de ayuda y orientación, independientemente de la problemática o situación que vivan, siendo psicológicas la mayoría de las problemáticas al igual que ocurre en los servicios de UMA y de la Asociación Samaritans.

En el servicio online de la Universidad de Málaga, la amplia mayoría de las consultas son sobre consejos específicos, de qué hacer en un momento determinado, qué decisión tomar, una orientación general, un consejo tranquilizador, o una visión profesional sobre la normalidad/anormalidad de algunos problemas personales, igual que ocurre en Telecuidado. Las tipología de los problemas consultados es muy amplia, pero en cualquier caso son problemas relacionados con trastornos psicológicos: ansiedad específica, ante los exámenes, al hablar o escribir en público, ponerse rojo, fobia social, etc., y en menor medida problemas de relaciones sociales y aislamiento (esta última problemática no coincide con Telecuidado); también de relaciones familiares y de pareja, siguiendo con problemas depresivos y cambios de humor, relaciones sexuales, problemas infantiles, problemas de autoestima e inseguridad, y otros problemas específicos como tabaquismo, hábitos nerviosos, obesidad y sueño.

El servicio de atención online SAHAR, según explica Barak (2007), trabaja en la misma línea que nuestro programa, dirigiéndose a personas que se encuentran confusas a la hora de tomar decisiones acerca de sus vidas, personas con problemas psicológicos como ataques de pánico e incluso con ideas suicidas. También recurren a estos servicios las personas que encontrándose en estado de crisis, tienen en mente

el suicidio y utilizan el ciberespacio en busca de consejo, ánimo y apoyo emocional como afirman Becker, Mayer, Nagenborg, EL-Faddagh y Schmidt (2004), Becker y Schmidt (2004), Janson et al. (2001), Beaston, Hosty y Smith (2000) y Sher (2000).

Las problemáticas más habituales de las personas que acuden a SAHAR se asemejan a las problemáticas de las personas usuarias con las que hemos trabajado nosotros. Entre las problemáticas podemos destacar: las sexuales, violencia de género, tristeza de ánimo, ansiedad, ideas suicidas, estrés post-trauma, identidad sexual, adicciones, duelo, fobias, trastornos de la alimentación, enfermedades crónicas, burn-out, estrés, etc., coincidiendo con las problemáticas que plantean las personas usuarias de nuestro servicio de Telecuidado de la Salud Psíquica.

Otro ejemplo que coincide con nuestro estudio en cuanto a los problemas más frecuentes, es el de la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava (2010); la motivación para contactar con esta Asociación han sido la demanda de ayuda y la esperanza de encontrar por este medio una mayor comprensión e incluso, dentro de lo posible, solución a un problema. Así, la tipología comprende problemas muy diversos, destacando la soledad, tal y como ocurre en las demandas de las personas usuarias de Telecuidado; además, tristeza de ánimo, angustia, tensión psicológica, problemas matrimoniales, conflictos generacionales, marginación, comportamiento suicida, alcoholismo, drogadicción, ludopatías, problemas derivados de la falta de trabajo, etc. coincidiendo Telecuidado de la Salud Psíquica en gran medida con la mencionada Asociación en los porcentajes obtenidos sobre la tipología.

La Asociación Samaritans (2006) responde a personas en estado de crisis y los motivos por los que acuden a este servicio son: ideas suicidas, ansiedad y toma de decisiones, fobia social, soledad, ansiedad y solución de problemas, tristeza de ánimo, problemas de salud mental, problemas familiares, ansiedad y trabajo, problemas sexuales, bulling, ansiedad y exámenes, desempleo, etc., coincidiendo con las mismas problemáticas que sufren las personas usuarias de Telecuidado de la Salud Psíquica.

3.4. PALABRAS DE AGRADECIMIENTO EN LAS RESPUESTAS DE LOS USUARIOS

En relación a las respuestas de agradecimiento ofrecidas por las personas usuarias de este servicio, se observa que el 81,25% transmiten mensajes de agradecimiento, mientras que el 18,75% prefieren omitir este tipo de respuestas. No hay diferencias significativas entre el género y las respuestas de agradecimiento al servicio en los propios mensajes de las personas usuarias. Sin embargo, las personas que sufren soledad, seguida por el estado de desánimo (depresión) y desempleo, burn-out y conflicto de pareja, han sido las personas que más frecuentemente han agradecido la atención prestada.

La Asociación Samaritans (2010), informa de que un 70,30% sentían que se les ayudó para hacer frente al problema al que se enfrentaban, lo cual es un alto grado de agradecimiento al servicio que les prestan. Un 64,8% de las personas se sentía más comprendidas y un 62,5% de las personas sintieron menos soledad después del contacto con esta Asociación. En una línea similar a Telecuidado y la Asociación Samaritans, SAHAR también recibe respuestas y comentarios de muchos de sus usuarios a través de chat, mensajes de correo electrónico, o través de mensajes en el foro, expresando su agradecimiento y reconocimiento, y al mismo tiempo comentan que les ha servido de ayuda la simple escucha por parte de las personas profesionales (Barak, 2007).

La UMA también considera las respuestas con agradecimientos y felicitaciones por el servicio (Valero, 2002), teniendo un 12% de respuestas, que es menor que el recibido en Telecuidado, e igualmente sucede con el 0,61% de respuestas de agradecimiento durante el 2010 recibidas en la Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava.

3.5. ANÁLISIS DE TEXTOS MEDIANTE EL PROGRAMA LIWC

En relación al quinto objetivo de estudio que es el análisis de textos mediante el programa informático LIWC, observamos que hay diferencias significativas en cuanto a la problemática de los usuarios (estado de ansiedad, estado de desánimo

(depresión) y estado de soledad), el grupo control y el número total de palabras que utilizan.

No hay diferencias significativas en el resto de categorías (primera persona del singular, primera persona del plural, palabras con emociones positivas y negativas y procesos sociales) y las problemáticas mencionadas, de manera que éstas no afectan al número de palabras utilizadas por los cuatro grupos en cuanto a la utilización de la 1ª persona del singular, 1ª persona del plural, palabras con emociones positivas y negativas y procesos sociales, por lo tanto, para este tipo de problemáticas, este programa de análisis de texto no discrimina entre los grupos estudiados en nuestra investigación, excepto en el total de palabras.

En concreto, se acepta parcialmente la H2. El subgrupo de personas con alto nivel de distress a través de los indicadores de estado de ansiedad, soledad y desánimo, verbalizan más su problemática que el grupo sin problemática (grupo control), ya que únicamente se acepta que las personas con estado de desánimo utilizan más palabras que el grupo sin problemática (grupo control).

La Hipótesis 3 (H3) se rechaza: las personas con mayor nivel de distress psicológico, a través de los indicadores de estado de ansiedad, soledad y desánimo, respecto al grupo sin problemática (grupo control) verbalizan sus problemas de diferente manera, empleando para ello categorías semánticas propias.

Por otro lado, no hemos encontrado diferencias significativas con respecto a la utilización de diferentes palabras en cuanto a la edad de las personas usuarias, de manera que la edad no afecta al número total de palabras ni al resto de dichas categorías; por lo tanto, las personas menos de 29 años, con edades comprendidas entre 30 y 59 años y mayores de 60 años no utilizan diferente número de palabras ni diferentes categorías, como son la 1ª personas del singular, palabras con emociones positivas y negativas, 1ª persona del plural y palabras sociales. Las personas de género femenino no utilizan mayor número de palabras, ni usan más la 1ª personas del singular, palabras con emociones positivas y negativas, 1ª persona del plural que las personas de género masculino, pero sí que hemos encontrado diferencias

significativas con respecto una mayor utilización de palabras sociales en las personas de género femenino que en las personas de género masculino.

Sin embargo, Pennebaker y Stone (2003) encontraron que a mayor edad, las personas utilizan más palabras positivas y menos palabras negativas y menos referencia a la 1ª persona del singular; otros autores (Mehl y Pennebaker, 2003; Pennebaker y King, 1999), hallaron que hay diferencias en el uso de palabras entre hombres y mujeres ya que las mujeres utilizan más la 1ª persona del singular que los hombres.

Stirman y Pennebaker (2001), al estudiar los escritos de poetas suicidados en relación a un grupo de control, coinciden con nuestra investigación respecto al grupo de estado de desánimo (depresión) y grupo de control, en que no hay diferencias significativas en el uso de palabras negativas y positivas.

Como hemos comentado, no hay diferencias significativas en las categorías de 1ª persona del singular, 1ª persona del plural, palabras negativas y positivas con respecto a los cuatro grupos de estudio. Sin embargo, Ramirez-Espaza et al. (2007) y Stirman y Pennebaker (2001), afirman que las personas que están deprimidas utilizan más la 1ª persona del singular, que las no deprimidas. Nuestra investigación tampoco coincide con los estudios realizados por Rude et al. (2004), cuando hablan sobre los escritos de estudiantes deprimidos y no deprimidos, ya que los deprimidos utiliza con más frecuencia la 1ª persona del singular y más palabras con emociones negativas y menos con emociones positivas que los estudiantes no deprimidos.

3.6. ANÁLISIS DEL SERVICIO MEDIANTE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

En general, los resultados nos indican que el grupo de personas con estado de soledad y el grupo de personas sin problemática están satisfechas con la totalidad del servicio prestado; en cambio el grupo de personas con estado de ansiedad y estado de desánimo tiene diferentes puntos de vista con respecto al servicio ofrecido por el programa Telecuidado.

Hemos comparado el grado de satisfacción de los cuatro grupos (personas con estado de ansiedad, desánimo, soledad y el grupo control), es decir, la H4. Las personas con mayor nivel de distress psicológico, a través de los indicadores de estado de ansiedad, desánimo y soledad, sienten menor grado de satisfacción por la atención recibida que el grupo control.

De las 19 variables estudiadas solo en 6 de ellas vemos diferencias significativas con respecto a los cuatro grupos, por lo que se acepta parcialmente la H4.

Se encuentran diferencias significativas en relación a la rapidez de atención del servicio y en la utilidad de las soluciones a las necesidades de las personas usuarias por parte de los profesionales, observando en ambas variables que el total de personas que sufren estado de desánimo, estado de soledad y sin problemática están satisfechas con el servicio en cuanto a la rapidez de atención y utilidad de las soluciones a las necesidades, pero el colectivo de personas con estado de ansiedad no está satisfecho. Se acepta que las personas con estado de ansiedad sienten menor grado de satisfacción en la rapidez en la atención que el grupo sin problemática (control) y que las personas con estado de ansiedad sienten menor grado de satisfacción en la utilidad de las soluciones a sus necesidades que el grupo sin problemática (control).

Hay también diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con estado de desánimo en cuanto a la capacidad de estar ahí por parte de los profesionales del servicio, cuando las personas participantes en el programa lo demandan, quedando aceptado que las personas con estado de desánimo sienten menor grado de satisfacción en la capacidad de los profesionales del servicio de estar ahí cuando las personas usuarias del servicio lo han necesitado que el grupo sin problemática (control).

Lo mismo les ocurre a las personas con estado de ansiedad, teniendo en cuenta los medios técnicos con los que cuenta el servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica”. Sí hay diferencias significativas entre los puntos de vista del grupo con estado de ansiedad y el grupo control, quedando aceptado que las personas con

estado de ansiedad y estado de desánimo sienten menor grado de satisfacción en los medios con los que te atendemos que el grupo sin problemática (control).

Hay diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de estado de ansiedad en cuanto a la satisfacción de las personas usuarias en el aspecto de cómo los profesionales del servicio les hemos ayudado en el ámbito de la salud psíquica quedando aceptado que las personas con estado de ansiedad sienten menor grado de satisfacción en cómo le hemos ayudado en el ámbito de la salud psíquica que el grupo sin problemática (control).

Hay también diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con estado de desánimo con respecto al grado de satisfacción de cómo hemos ayudado a las personas usuarias en los momentos de crisis, quedando aceptado que las personas con estado de ansiedad y estado de desánimo sienten menor grado de satisfacción en cómo le hemos ayudado en los momentos de crisis que el grupo sin problemática (control).

Diversas investigaciones confirman el grado de satisfacción de las personas que recurren a estos servicios como son los estudios de Dominick et al. (2009), Gallego (2007), Wagner y Maercker (2007), Wagner, Knaevelsrud y Maercker (2006 y 2005), Andersson y Kaldø (2004), Gega et al. (2004), Lange, van de Ven y Schrieken (2003), Bermejo (2001), Boer (2001), Emperador (2001), Schneider (2001a y 2001b) y Callahan, Hilty y Nesbitt (1998), y con resultados satisfactorios similares a los de Telecuidado, que utilizan las nuevas tecnologías para paliar estado de desánimo, soledad y ansiedad.

Los resultados de los estudios de May et al. (1999) no fueron tan satisfactorios como en Telecuidado. En el caso de la UMA (Valero, 2002), 18 mensajes (12%) indicaron esa satisfacción, menor tanto por ciento que en Telecuidado.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación, sobre la demanda atendida de personas en situación de crisis a través del servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica” durante el intervalo de tiempo 2006-2010, permiten establecer las siguientes conclusiones:

1.- La elección de este servicio en relación al género no es una variable determinante, ya que la proporción de hombres y mujeres que deciden acudir al programa en estado de crisis es muy equilibrada. Concluimos, diciendo que las personas acuden a este servicio, independientemente del género, sea hombre o mujer, en busca de apoyo emocional en situaciones de crisis.

En cuanto a la edad, la mitad de los usuarios que acuden al servicio corresponden a edades comprendidas entre 30 y 59 años. El tipo de problemática del usuario es diferente según la edad en comparación con las personas sin problemática, así las personas con estado de soledad tienen mayor edad que las personas con estado de ansiedad, desánimo y grupo control.

2.- El medio preferido por las personas usuarias del servicio es el email, resultando ser muy superior al chat y a la videoconferencia, superando las 2/3 partes del total de demandas atendidas, no existiendo grandes diferencias a la hora de la elección del medio entre hombre y mujeres. El email, por las características que hemos descrito a lo largo de este trabajo, es el medio más utilizado en situaciones de crisis, tanto por hombres como por mujeres, en la misma proporción.

Concluimos diciendo que los medios utilizados por las personas en situación de crisis son el email, el chat y la videoconferencia, resultando el email el medio preferido por las personas participantes en el estudio, ya que el medio en sí mismo les sirve para desahogar sus frustraciones en la propia pantalla, además de guardar el anonimato.

3.- En el conjunto de las problemáticas de las personas atendidas mediante este servicio online, destacan por encima de los demás, la demanda ante situaciones de

soledad, seguido del estado de desánimo (depresión) por desempleo. Del total de mujeres que demanda el servicio, el 15,15% sufren soledad, siendo la problemática más destacada, y del total de hombres, soledad y depresión por desempleo, que suponen un lugar destacado con un porcentaje del 16,13% cada uno.

4.- Alrededor del 81,25% de las persona participantes dan respuestas de agradecimiento en el propio mensaje, transmitiendo comentarios de agradecimiento del servicio prestado. Del total de usuarios, son más frecuentes las respuestas de agradecimiento en los hombres (42,19%) que en las mujeres (39,06%).

5.- Una vez analizados los textos/palabras de las personas usuarias mediante el programa informático LIWC, concluimos que las personas con estado de desánimo utilizan más palabras para narrar sus problemáticas que las personas con estado de ansiedad, soledad y grupo sin problemática (control) y que el análisis de la categorización de palabras (1ª personas del singular, palabras con emociones positivas y negativas, 1ª persona del plural y procesos sociales) utilizadas es similar en los cuatro grupos. Concluimos también que independientemente de la edad, los usuarios utilizan similar número de palabras y categorías, y el género de las personas usuarias solo se diferencia en que las personas de género femenino utiliza más palabras sociales que las personas con género masculino para describir sus inquietudes.

6.- Después de analizar la satisfacción de los usuarios sobre las intervenciones mediante un cuestionario de satisfacción, concluimos que las personas con estado de soledad y sin problemática están satisfechas con la totalidad del servicio. En cambio, el estado de ansiedad y desánimo de las personas participantes influyen de manera diferente en las respuestas de satisfacción de las personas usuarias del servicio en seis variables: en la rapidez de atención (las personas con estado de ansiedad están menos satisfechas que los otros tres grupos), la utilidad de las soluciones a las necesidades (las personas con estado de ansiedad están menos satisfechas que los otros tres grupos), la capacidad de los profesionales de estar ahí cuando las personas usuarias lo han necesitado (las personas con estado de desánimo están menos satisfechas que los otros tres grupos), en los medios de atención (las personas con estado de ansiedad y desánimo están menos satisfechas que los otros

dos grupos), en el ámbito de la salud psíquica (las personas con estado de ansiedad están menos satisfechas que los otros tres grupos) y en cómo hemos ayudado en los momentos de crisis (las personas con estado de ansiedad y desánimo están menos satisfechas que los otros dos grupos). Esta insatisfacción por parte de las personas en estado de ansiedad y desánimo nos sugiere que necesitan una intervención más específica, que lo que un servicio de intervención en crisis por definición ofrece, como en el caso del servicio Telecuidado de la Salud Psíquica.

LIMITACIONES

Algunas dificultades con las que nos hemos encontrado a lo largo de estos años de investigación, son las siguientes:

- Hoy en día las tecnológicas de la comunicación están muy avanzadas, pero todavía existen problemas técnicos en este sentido, como ralentización de la imagen, etc. lo que nos ha supuesto algún inconveniente en algunos casos.
- Otra limitación que hemos encontrado es que no se conocen empíricamente los beneficios conseguidos con esta forma de aplicar profesionalmente los conocimientos psicológicos. Todavía hay poca investigación empírica sobre la impacto de las tecnologías sociales en el caso de la salud (Bacigalupe, 2011).
- Los/as usuarios/as tenían que ser personas con un manejo elevado del ordenador, que se encontraran a gusto utilizando estos medios, y que tuvieran un uso regular de internet, por lo que hemos desechado personas que se podrían haber beneficiado del servicio pero que no tenían suficiente control de estas tecnologías.
- Las consultas online exigen una mayor responsabilidad ética y profesional, una identificación clara de los profesionales y los servicios reales que ofrecen, así como del uso de publicidad, el coste económico, la confidencialidad de los datos, etc. En España, muy pocos Colegios Oficiales de Psicólogos han elaborado una propuesta de normas deontológicas más específicas sobre el uso de internet (Jarne, 2001).
- El número de participantes que han consultado al servicio en la investigación es pequeño, pero es natural dada la novedad del servicio, el poco tiempo del servicio online y la poca difusión entre la población.
- Una de las filosofías de este servicio es el anonimato, por lo que hay que respetar la breve información recibida.

POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Con respecto a las posibles líneas de investigación que quedan abiertas en relación a la intervención en crisis a través de las nuevas tecnologías, concluimos que internet se ha convertido en el medio de comunicación más importante desde el teléfono. El lugar de trabajo de cada día depende de redes informáticas. Los grupos de trabajo comparten proyectos electrónicamente. La Red Mundial está uniendo al mundo y las conexiones entre ordenadores son conexiones humanas en crecimiento. Las distancias entre personas se han hecho más cortas y el mundo verdaderamente se ha vuelto más pequeño y más accesible. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son una característica cada vez más omnipresente en la vida de las personas. Asequibles, accesibles para todos y sumamente adaptables, las TIC están cambiando las formas de comunicación (Bacigalupe y Lambe, 2011), extendiéndose al cuidado y apoyo de la salud y mejora de la calidad de vida entre los usuarios, formando redes de grupos de autoayuda, superando los límites del anonimato.

Pero se necesitan aún investigaciones empíricas de los servicios de urgencia que determinen la eficacia, medición de resultados y costo-efectividad, ya que esta información es esencial para poder determinar estándares de cuidado de la salud, relación usuario-profesional (Vallejo, Jordán, Mañanes, Andrés, Comeche y Díaz, 2007), necesidades del desarrollo tecnológico, asuntos éticos (Barros-Bailey y Saunders, 2010; Bradley y Hendricks, 2009), etc. La telesalud incluirá con el tiempo más servicios interactivos y virtuales como una parte integral de la práctica de la psicología desde el punto de vista de la orientación y consejo en momentos de crisis. Además, estudios llevados a cabo por Titov, Andrews, Kemp y Robinson (2010), demuestran que, dados los beneficios obtenidos a la hora de orientar problemáticas vía internet, podría aplicarse a un amplio abanico de personas.

Guberman (1998) concluye sabiamente diciendo que la tecnología en la orientación y consejo en momentos de crisis no es un fin en sí mismo, sino un medio para un fin, y este fin no es más que la persona. Que la persona humana sea vista como un ser único, irrepetible y singular, espiritual, fáctico, libre y responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abood, Z., Sharkey, A., Webb, M., Kelly, A. y Gill, M. (2002). Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disorders*, 4 (4), 243-248.
- Acuña, M. R. y Hernández-Pozo, M. R. (2009). Reflexiones sobre la investigación actual de redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista de Conducta, Salud y Temas Sociales*, 1 (1), 69-79.
- Akiskal, H. S. y Benazzi, F. (2006). The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major] depressive and bipolar II disorders: evidence that they lie on a dimensional spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 92 (1), 45-54.
- Algado, M. T., Basterra, A. y Garrigós, J. I. (1997). Familia y enfermedad de alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología*, 13 (1), 19-29.
- Allen, A. y Grigsby, B. (1998). Fifth annual program survey-part two. Consultation activity in thirty-five specialties. *Telemedicine Today*, 6 (5), 18-34.
- Alvarez-Moya, E. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Bulik, C. M. y Fernández-Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (5), 452-457.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed.). Barcelona: Masson. (Original de 1994).
- American Psychiatric Association. (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 154 (4 Suppl), 1-63.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed.), (Texto Revisado) (*DSM-IV-TR*). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amiel, R. (1985). *Entreprise Santé. Manuel de psychopathologie du travail et de psychiatrie sociale*. Paris: Maloine
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders:

- defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 242-247.
- Andersson, G. y Kaldø, V. (2004). Internet-based cognitive behavioral therapy for tinnitus. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (2), 171-178.
- Andersson, G., Strömngren, T., Ström, L. y Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816.
- Andrés, N. (2006). *Terapia Virtual*. Recuperado el 15 de Enero de 2007 del lugar: <http://www.andrampsi.com/terapiavirtual.htm>.
- Andrews, G. y Titov, N. (2010a). Alternate models of care. Treating people you never see: Internet-based treatment of the internalizing mental disorders. *Australian Health Review*, 34, 145-148.
- Andrews, G. y Titov, N. (2010b). Is Internet treatment for depressive and anxiety disorders ready for prime time? *Medical Journal of Australia*, 192 (11), S45-S47.
- Anthony, K. (2003). The use and role of technology in counselling and psychotherapy. En S. Goss y K. Anthony (Eds.), *Technology in counselling and psychotherapy: A practitioner's guide* (pp. 13-36). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Anthony, K. (2004). Therapy online - the therapeutic relationship in typed text. En G. Bolton, S. Howlett, C. Lago y J. K. Wright (Eds.), *Writing Cures: An introductory handbook writing in counselling and therapy*, (pp. 133-141). Hove, East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Anton, R., Opris, D., Dobrean, A., David, D. y Rizzo, A. (2009). Virtual Reality in the rehabilitation of attention déficit/hyperactivity disorder. Instrument construction principles. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9 (2), pp.235-246.
- Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1997). Fobia específica. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1.* (pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Apple, M. W. (1986). Double Depression: Schooling, unemployment and family life in the Eighties. *Comparative Education Review*, 30 (4), 408-610.

- Arco, J. L., Fernández, F. D. y Hijono, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3), 408-414.
- Arias, F. (2010). *El síndrome del ama de casa*. Recuperado el 24 de julio de 2010 del lugar: <http://blogs.elcorreo.com/franciscoarias/2010/1/19/el-sindrome-del-ama-casa-francisco-arias-solis>
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. y Cortés, I. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *American Journal of Public Health*, 94 (1), 82-88.
- Asociación de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de Guipúzcoa, Asociación de Hiperactivos con Déficit de Atención del País Vasco y Asociación de Niños y Adultos con Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de Álava. (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDAH*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Departamento de Educación, Universidades y Educación.
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC). (2009). *Audiencia de Internet en el Estudio General de Medios (EGM), abril/mayo., Madrid*. Recuperado el 1 de marzo de 2010 del lugar: http://www.aimc.es/aimc.php?izq=audiencia.swf&op=uno&pag_html=si&dch=03internet/31.html
- Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava. (2007). *Memoria 2007*. Manuscrito.
- Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava. (2008). *Memoria 2008*. Manuscrito.
- Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava. (2009). *Memoria 2009*. Manuscrito.
- Asociación Teléfono de Esperanza y Amistad de Álava. (2010). *Memoria 2010*. Manuscrito.
- Bacigalupe, G. (2011). Is there a role for social technologies in collaborative healthcare? *Family, Systems, & Health*, 29, 1, 1-14.
- Bacigalupe, G. y Lambe, S. (2011). Virtual intimacy: Information communication technologies and transnational families in therapy. *Family Process*, 50, 1, 12-26.

- Bai, Y. M., Lin, C. C., Chen, J. Y. y Liu, W. C. (2001). Virtual psychiatric clinics. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (7), 1160-1161.
- Baikie, K. A. y Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11 (5), 338-346.
- Balas, E. A., Jaffrey, F., Kuperman, G. J., Boren, S. A., Brown, G. D., Pincioli, F. y Mitchell, J. A. (1997). Electronic communication with patients: Evaluation of distance medicine technology. *Journal of the American Medical Association*, 278 (2), 152-159.
- Barak, A. (1999). Psychological applications on the Internet: a discipline on the threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 231-246.
- Barak, A. (2003). Ethical and professional issues in career assessment on the Internet. *Journal of Career Assessment*, 11 (1), 3-21.
- Barak, A. (2004). Internet counseling. En C. E. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology* (pp. 369-378). San Diego, CA: Academic Press.
- Barak, A. (2007). Emocional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*, 23 (2), 971-984.
- Barak, A. y Buchanan, T. (2004). Internet-based psychological testing and assessment. En R. Kraus, J. Zack y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 217-239). San Diego, CA: Elsevier/Academic Press.
- Barak, A. y Cohen, L. (2002). Empirical examination of an online version of the self-directed search. *Journal of Career Assessment*, 10 (4), 387-400.
- Barak, A. y English, N. (2002). Prospects and limitations of psychological testing on the Internet. *Journal of Technology in Human Services*, 19 (2/3), 65-89.
- Barak, A. y Wander-Schwartz, M. (2000). Empirical evaluation of brief group therapy conducted in an Internet chat room. *Journal of Virtual Environments*, 5 (1). Recuperado el 3 de enero de 2008 del lugar: <http://www.brandeis.edu/pubs/jove/HTML/v5/cherapy3.htm>
- Bardos, A. (2005). *Fobias específicas*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics: Universitat de Barcelona.
- Bardos, A. (2009). *Agorafobia y pánico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barrera, M., Glasgow, R. E., McKay, H. G., Boles, S. M. y Feil, E. G. (2002). Do Internet-based support interventions change perceptions of social support?

- An experimental trial of approaches for supporting diabetes self-management. *American Journal of Community Psychology*, 30 (5), 637-654.
- Barrientos, G. (2003). *¿Es ético realizar psicoterapia en el ciberespacio?* Recuperado el 3 de enero de 2007 del lugar: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-140-1-es-etico-realizar-psicoterapia-en-el-ciberespacio.html>
- Barros-Bailey, M. y Saunders, J. L. (2010). Ethics and the Use of Technology in Rehabilitation Counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53 (4), 255-259.
- Barsky, A. J. (1995). Somatoform disorders and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (4), 399-402.
- Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayan, D. y Schwartz, J. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (1), 84-93.
- Bashshur, R. L. (2000). Telemedicine nomenclature: What does it mean? *Telemedicine Journal*, 6 (1), 1-3.
- Bass, C. y Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (4), 403-427.
- Bass, D. M., McClendon, M. J., Brennan, P. F. y McCarthy, C. (1998). The buffering effect of a computer support network on caregiver strain. *Journal of Aging and Health*, 10 (1), 20-43.
- Baughan, R. (2000). E-Listening: The Samaritan's experience. *Counselling*, 11, 292-293.
- Bay, L. B., Rausch-Herscovici, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L. y Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316.
- Bazo, M. T. y Domínguez, C. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.
- Beaston, S., Hosty, G. S. y Smith, S. (2000). Suicide and the Internet. *Psychiatric Bulletin*, 24 (11), 434.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, K., Mayer, M., Nagenborg, M., EL-Faddagh, M. y Schmidt, M. H. (2004). Parasuicide online: can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nordic Journal of Psychiatry* 58 (2), 111-114.
- Becker, K. y Schmidt, M. H. (2004). Internet chat rooms and suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (3), 246-247.
- Bellafiore, D. R., Colon, Y. y Rosenberg, P. (2004). Online counseling groups. En R. Kraus, J. Zack, y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 197-216). San Diego, CA: Elsevier/Academic Press.
- Bermejo, A. (2001). *Eficacia y aplicación de la terapia cognitivo-conductual vía Internet*. Recuperado el 31 de agosto de 2007 del lugar: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>
- Bernal, T. (1992). *La Mediación en los Procesos de Separación y Divorcio*. Tesis Doctoral Inédita, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
- Bienvenu, O. J. y Eaton, W. W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28 (5), 1129-1136.
- Binik, Y. M., Cantor, J., Ochs, E. y Meana, M. (1997). From the couch to the keyboard: psychotherapy in cyberspace. En S. Kiesler (Ed.), *Culture of the Internet* (pp. 71-100). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., Kaneva, R., Milanova, V., Serretti, A., Macciardi, F. y Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79 (1-3), 97-103.
- Bleuler, E. (1908). *Demencia precoz, el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Ediciones Horme.
- Boer, P. M. (2001). *Career counselling over the Internet. A emerging model for trusting and responding to online clients*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Borkovec, T. D., Alcaine, O. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY: Guilford Press.
- Borrero, I. M. (1980). Psychological and emotional impact of unemployment. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 7, (6), 916-934.
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. y Marco, H. J. (2007). *La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica*. Recuperado el 2 de Octubre de 2010 del lugar: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Botella, C., Baños, R., Guillen, V., Perpiña, C. y Alcañiz, M. y Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the internet. *CyberPsychology and Behavior*, 3 (6), 959-968.
- Botella, C., Etchemendy, E., Castilla, D., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., Alcañiz, M. y Lozano, J. A. (2009). An e-Health System for the Elderly (Butler Project): A Pilot Study on Acceptance and Satisfaction. *Cyberpsychology y Behavior*, 12 (3), 255-262.
- Botella, C., Hofmann, S. G. y Mascovitch, D. A. (2004). A self-applied, internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (8), 821-830.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40 (2), 155-170.
- Boyer, C., Provost, M. y Baujard, V. (2002). *Highlights of the 8th Health On the Net Survey of Health and Medical Internet Users*. Recuperado el 11 de Enero de 2005 del lugar: http://www.hon.ch/Survey/8th_HON_results.html
- Bradley, L. J. y Hendricks, B. (2009). Email and ethical issues. *Family Journal*, 17 (3), 267-271.
- Brennan, P. F., Moore, S. M. y Smyth, K. A. (1992). Alzheimer's disease caregivers' uses of a computer network. *Western Journal of Nursing Research*, 14 (5), 662-673.

- Brewer, M. B. y Gardner, W. (1996). Who is the we? Levels of collective identity and self representation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (1), 83-93.
- Brown, T. E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños y adolescentes*. Barcelona: Masson.
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, “theory of mind” and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133 (2), 135-147.
- Buceta, J. M. (1998). *Psicología del Entrenamiento Deportivo*. Madrid: Dykinson.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención Psicológica y Salud: Control del Estrés y Conductas de Riesgo* (pp. 7-60). Madrid: Dykinson.
- Buceta, J. M., Gutiérrez, F., Castejón, F. J. y Bueno, A. M. (1996). Tratamiento psicológico del comportamiento sedentario. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades* (pp. 21-104). Madrid: Pirámide.
- Buceta, J. M., López de la Llave, A., Pérez-Llantada, M. C., Vallejo, M. y Del Pino, M. D. (2002). Intervención psicológica con corredores de maratón: características y valoración del programa aplicado en el maratón de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 11 (1), 83-109.
- Buendía, J. (1990). Psicopatología del desempleo. *Anales de Psicología*, 6 (1), 21-36.
- Buendía, J. (2001). Desempleo y salud mental. En J. Buendía y F. Ramos (Eds), *Empleo, estrés y salud* (pp. 147-160). Madrid: Pirámide.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179 (5), 444-449.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. y Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96 (2), 101-107.
- Callahan, A. M. y Bauer, M. S. (1999). Psychosocial interventions for in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 22 (3), 675-688.
- Callahan, E. J., Hilty, D. M. y Nesbitt, T. S. (1998). Patient satisfaction with telemedicine consultation in primary care: comparison of ratings of medical and mental health applications. *Telemedicine Journal*, 4, 363-369.

- Cano, A. (2002). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Editorial Arguval
- Caoutte, A., Vincent, C. y Montreuli, B. (2007). Use of telemonitoring by elders at home: actual practice and potential. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, (5) 382-392.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. y Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32 (4), 751-764.
- Carnes, P. (1983). *The sexual addiction*. Minneapolis, MN: CompCare Publications.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A. y Riva, G. (2001) Cyberpsychology meets clinical psychology: the emergence of e-therapy in mental health care. En G. Riva y C. Galimberti (Ed.), *Towards cyberpsychology. Mind, cognition and society in the age* (pp. 229-252). Amsterdam: IOS Press
- Castilla Del Pino, C. (1980). *Introducción a la Psiquiatría, Vol. 1*. Madrid: Alianza.
- Castro, J., Toro, J. y Cruz, M. (2000). Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 30 (1), 61-67.
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A. y Zack, J. S. (2003). The computer plays therapist: the challenges and opportunities of psychotherapeutic software. En S. Goss y K. Anthony (Eds.), *Technology in counselling and psychotherapy: A practitioner's guide* (pp. 165-194). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., Dev, P. y Taylor, C. B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 650-657.
- Chamarro, A. y Hernández, E. (2005). *Nuevos estilos de vida en la sociedad red: una propuesta teórica enfocada a la intervención en salud*. Recuperado el 31 de agosto de 2007 del lugar: http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/chamarro/chamarro.htm.
- Chechele, P. J., y Stofle, G. (2003). Individual therapy online via email and internet relay chat. En S. Goss y K. Anthony (Eds.), *Technology in counselling and psychotherapy: A practitioner's guide* (pp. 39-58). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Clough, P. J., Shepherd, J. y Maughan, R. (1990). Motives for participation in recreational running. *Journal of Leisure Research*, 21 (4), 297-309.

- Cohen, R. E. (1986). Crisis counseling Principles and services. En B. J. Sowder y M. Lystad (Eds.), *Disaster and mental health: contemporary perspectives and innovations in services to disaster victims* (pp. 37-48). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cohn, M. A., Mehl, M. R. y Pennebaker, J. W. (2004). Linguistic indicators of psychological change after September 11, 2001. *Psychological Science*, 15 (10), 687-693.
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology: A once and future discipline*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Cole, M. y Engeström, Y. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. En G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 1-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals*, 22 (6), 320-325.
- Collière, M. F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*, 22 (1), 27-31.
- Colodrón, A. (1990). *Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin- Bleuler* (2ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Colon, Y. (1996). Chatter(er)ing through the fingertips: doing group therapy online. *Women and Performance: A Journal of Feminist Theory*, 9, 205-215.
- Colon, Y. y Friedman, B. (2003). Conducting group therapy online. En S. Goss y K. Anthony (Eds.), *Technology in counselling and psychotherapy: A practitioner's guide* (pp. 59-74). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Conesa, X. (2004). *Duelo y soledad*. Recuperado el 28 de junio de 2010 del lugar: <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/duelo-soledad>.
- Conner, M. G. (2008). *Internet Addiction and Internet*. Recuperado el 10 de agosto de 2010 del lugar: http://www.helpguide.org/mental/internet_cybersex_addiction.htm.
- Consultora de Organizaciones - Empresa Kontsultorea. (2010). *Bultz-lan Consulting*, S.L. Bilbao.
- Corsini, R. J. (Ed.) (1983). *Encyclopedia of psychology*. New York, NY: Wiley.

- Cunningham, N., Marshall, C. y Glazer, E. (1978). Telemedicine in pediatric primary care: Favorable experience in nurse-staffed inner-city clinic. *Journal of the American Medical Association*, 240 (25), 2749-2751.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (1), 107-126
- De Grace, G. R. y Joshi, P. (1986). Estime de soi, solitude et dépression chez les chômeurs diplômés d' université selon la durée du chômage: une comparaison avec les non diplômés. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 5 (1), 99-109.
- De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, (25) 1, 106-112.
- De Lucas, M. (2002). *Ciberterapia*. Recuperado el 30 de agosto de 2007 del lugar: <http://www.isabelsalama.com/Ciberterapia.htm>.
- De Nicolás, L., Artetxe, A. I., Jauregi, A. y López, S. (2000). *Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Denzin, N. K. y Lincoln Y. S. (Eds.). (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3ª ed.). London, UK: Sage Publications.
- Derrig-Palumbo, K. y Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: Norton.
- Díez, J. R. (2006). *El desempleo de masas en la gran depresión: palabras, imágenes y sonidos*. España: Universidad de Valladolid.
- Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dominick, S. A., Irvine, A. B., Beauchamp, N., Seeley, J. R., Nolen-Hoeksema, S., Doka, K. J. y Bonanno, G. A. (2009). An internet tool to normalize grief. *Omega: Journal of Death y Dying*, 60 (1), 71-87.
- Donnerstein, E. y Hatfield, E. (1982). Aggression and inequity. En J. Greenberg y R. L. Cohen (Eds.), *Equity and justice in social behavior* (pp. 309-336). NY: Academic Press.
- Donovan, A. y Oddy, M. (1982). Psychological aspects of unemployment: An investigation into the emotional and social adjustment of school leavers. *Journal of Adolescence*, 5 (1), 15-30.
- Douglas, M. (1970). *Natural Symbols*. London: Routledge.

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (2), 215-226.
- Dunaway, M. O. (2000). Assessing the Potential of Online Psychotherapy. *Psychiatric Times*, 17 (10). Recuperado el 24 de diciembre de 2007 del lugar: <http://www.psychiatrictimes.com/p001058.html>.
- Dunham, P. J., Hurshman, A., Litwin, E., Gusella, J. y Ellsworth, C. y Dodd, P. W. D. (1998). Computer-mediated social support: Single young mothers as a model system. *American Journal of Community Psychology*, 26 (2), 281-306.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: a study in sociology*. New York, NY: Free Press.
- Dyer, K. A. y Thompson, C. D. (2000). Internet use for Web-education on the overlooked areas of grief and loss. *CyberPsychology and Behavior*, 3 (2), 255-270.
- Earle, R. H. y Crown, G. M. (1990). Sexual addiction: Understanding the phenomenon. *Contemporary Family Therapy*, 12 (2), 89-104.
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Chichester, NY: Wiley.
- Eisenberg, P. y Lazarsfeld, P. F. (1938). The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin*, 35 (6), 358-390.
- Elleven, R. K. y Allen, J. (2004). Applying technology to online counseling: suggestions for the beginning e-therapist. *Journal of Instructional Psychology*, 31 (3), 223-226.
- Ellis, M. (2010). Parental access to treatment advice. *Child: Care, Health and Development*, 36 (3), 301-303.
- Emperador, L. (2001). *Psicoconsulta: una terapia on-line*. Recuperado el 8 de Febrero de 2007 del lugar: www.psicologia-online.com.
- Eng, T. (2001). The e-health landscape: a terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care. *Robert Wood Johnson Foundation*. Recuperado el 9 de enero de 2008 del lugar: <http://www.informatics-review.com/thoughts/rwjf.html>.
- Enrenreich, J. H. (1999). *Enfrentando el Desastre. Una Guía para la Intervención Psicosocial*. Recuperado el 30 de junio de 2011 del lugar: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc15002/doc15002.htm>

- Espada, J. P., Van der Hofstadt, C. J. y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo conductuales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 217-232.
- Etchemendy, E., Baños, R. M., Botella, C. y Castilla, D. (2010). Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores: Una aplicación de tecnologías positivas. *Escritos de Psicología*, 3 (2), 1-7.
- Ey, H. (1969). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Fagin, L. (1987). Stress y desempleo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (21), 265-276.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 468-476.
- Feather, N. T. (1982). Unemployment and its psychological correlates: A study of depressive symptoms, self-esteem, protestant ethic values, attributional style and apathy. *Australian Journal of Psychology*, 34 (3), 309-323.
- Feather, N. T. y Davenport, P. R. (1981). Unemployment and depressive affect: A motivational and attributional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (3), 422-436.
- Federico, P. A. (1999). Hypermedia environments and adaptive instructions. *Computers in Human Behavior*, 15 (6), 653-692.
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V. y Walker-Schumucker, W. (2002). Myths and realities of online clinical work: Observations on the phenomena of online behavior, experience and therapeutic relationships. *CyberPsychology and Behavior*, 5 (5), 481-497.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medicina Familiar*, 12, (3), 218-225.
- Fernández, I., Páez, D. y Pennebaker, J. W. (2004). Escritura expresiva, deber de memoria y afrontamiento tras el impacto del 11-M: un estudio experimental. *Ansiedad & Estrés*, 10 (2-3), 233-245.
- Fernández, I., Páez, D. y Pennebaker, J. W. (2009). Comparación de la escritura expresiva después de los ataques terroristas del 11 de Septiembre y el 11 de

- Marzo. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 9 (1), 89-103.
- Fernández, L. M. (2010). Modelo de intervención en crisis: en busca de la resiliencia personal. Recuperado el 30 de junio de 2011 del lugar: <http://www.luriapsicologia.com/TRAB%20PRESENTACION%20%20MODELO%20DE%20INTERVENCION%20EN%20CRISIS.pdf>
- Fernández, R. y Fernández, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10 (2), 259-270.
- Fernández, R. y Fernández, C. (2001). Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un Centro de Salud de Atención Primaria. *Psicothema*, 13 (4), 659-670.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramon, J. M., Badia, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D., Karwautz, A. y Treasure, J. (2007b). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 49 (2), 476-485.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Keel, P., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H. y Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157 (1-3), 147-157.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Tozzi, F., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Klump, K. L., Strober, M., Blake-Woodside, D., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Keel, P., Plotnicov, K. H., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., Crawford, S. F., Johnson, C., Brandt, H., La Via, M. y Bulik, C. M. (2007a). Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (1), 24-31.
- Ferns, J., Stace, S. y Samaritans General Office. (2007). *Samaritans emocional support services. Results of a website survey*. London, UK: Samaritans.
- Ferrer, V. A., Bosch, E. y Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10 (1), 53-63.
- First, M., Frances, A. y Pincus, H. (2008). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Texto revisado). Madrid: Masson.

- Folsom, E. (2010). Cyber Counseling. *American Scholar*, 79 (2), 15-15.
- Frese, M. y Mohr, G. (1987). Prolonged unemployment and depression in older workers: A longitudinal study of intervening variables. *Social Science and Medicine*, 25 (2) 173-178.
- Fryer, D. y Payne, R. (1984). Proactive Behaviour in unemployment: Findings and Implications. *Leisure studies*, 3 (3), 273-295.
- Fuchs, M. (1979). Provide attitudes toward STARPAHC: A telemedicine project on the Papago Indian Reservation. *Medical Care*, 17 (1), 59-68.
- Galimberti, C. y Riva, G. (1997). *La comunicazione virtuale [Virtual communication]: Dal computer alle reti telematiche: nuove forme di interazione sociale*. Milano, Italy: Guerini e Associati.
- Galimberti, C. y Riva, G. (2001). Actors, artifacts and inter-actions. Outline for a social psychology of cyberspace. En G. Riva, C. Galimberti (Ed.), *Towards cyberpsychology. Mind, cognition and society in the age* (pp. 3-16). Amsterdam: IOS Press.
- Gallego, M. J. (2007). *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 Doctoral, Universitat Jaume I, España.
- Gallienne, R. L., Moore, S. M. y Brennan, P. F. (1993). Alzheimer's caregivers psychosocial support via computer network. *Journal of Gerontological Nursing*, 19 (12), 15-22.
- Garcés, K. L. (2009). *Tristeza, soledad y depresión: mensajeras del corazón*. Recuperado el 29 de junio de 2010 del lugar: <http://www.biomanantial.com/tristeza-soledad-depresion-mensajeras-del-corazon-a-1407.html>.
- García, J. A. (2004). *Patología en la toma de decisiones*. Recuperado el 27 de julio de 2010 del lugar: <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/patologiatoma-decisiones.htm>
- García, J. C. (2010). Primeros auxilios psicológicos para intervenir con personas en crisis Emocional. Recuperado el 29 de junio de 2011 del lugar: <http://psicoaymara.wordpress.com/2010/08/06/45/>
- García, S., Fuentes, I. y Ruiz, J. C. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 137-155.

- Gardner, W. L., Gabriel, S. y Lee, A. Y. (1999). "I" value freedom, but "we" value relationships: self-construal priming mirrors cultural differences in judgment. *Psychological Science*, 10 (4), 321-326.
- Garrabé, J. (1993). *Diccionario taxonómico de psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gary, J. M. y Remolino, L. (2000). Coping with loss and grief through online support groups. En J. W. Bloom y G. R. Walz (Ed.), *Cybercounseling and Cyberlearning: Strategies and Resources for the Millennium* (pp. 95-114). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Gascón, S., Olmedo, M., Bermúdez, J., García, J. y Ciccotelli, H. (2003). Estrés por desempleo y salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 9-18.
- Gastó, C. y Navarro, V. (2007). *La Depresión. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración*. Hospital Clínico de Barcelona: Fundación BBVA.
- Gati, I., Kleiman, T., Saka, N. y Zakai, A. (2003). Perceived benefits of using an Internet-based interactive career planning system. *Journal of Vocational Behavior*, 62 (2), 272-286.
- Gega, L., Marks, I. y Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (2), 147-157.
- Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gil-Juárez, A., Vall-Ilovera, M. y Feliú, J. (2010). Consumo de TIC y Subjetividades Emergentes: ¿Problemas nuevos? *Intervención Psicosocial*, 19 (1), 19-26.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., Carretero N. y Roldán M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de la enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 281-290.
- Giles, M. V. (2001). *Internet and Psicoterapia: desarrollos de las aplicaciones clínicas de la Telesalud*. Recuperado el 3 de Enero de 2007 del lugar: <http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/2114/>.

- Goh, T-T. y Huang, Y-P. (2009). Monitoring youth depression risk in Web 2.0. *VINE*, 39 (3), 192-202.
- Gómez, M. (2010). *Los mayores ante las Tic. Accesibilidad y asequibilidad*. Fundacion Vodafone España.
- Gómez, S. (2004). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán Editores.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Tibidabo.
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (3), 280-286.
- González de Ribera, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 (79), 35-53.
- González de Rivera, J. L. (2006). *Psicoterapia de las crisis. Crisis emocionales*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Gordo, A. J. y Megías, I. (2006). *Jóvenes y cultura messenger. Tecnología de la información y la comunicación en la sociedad interactiva*. Madrid: INJUVE.
- Gove, W. y Tudor, J. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, (4), 812-835.
- Grant, J. E. y Kim, S. W. (2001). Demographic features of 131 pathological gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (12), 957-962.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S. y Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescent: the place of the internet. *Social Science and Medicine*, 60 (7), 1467-1478.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J. y Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work and Stress*, 11 (3), 267-278.
- Greenstone, J. L. y Leviton, S. C. (1993). *Elements of crisis intervention: Crises and how to respond to them*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Grigsby, B. y Brown, N. (2000). *The 1999 ATSP report on US telemedicine activity*. Portland, OR: Association of Telehealth Service Providers.
- Grohol, J. M. (1998). Future clinical directions: professional development, pathology, and psychotherapy on-line. En J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet. Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp. 111-140). San Diego, CA: Academic Press.
- Grohol, J. M. (1999). *Best practices in e-therapy*. Recuperado el 9 de enero de 2008 del lugar: <http://psychcentral.com/best/>.

- Grohol, J. M. (2004). Online counseling: a historical perspective. En R. Kraus, J. Zack y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 51-68). San Diego, CA: Academic Press/Elsevier.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Guberman, M. (1998). *Humanismo, Logoterapia y Proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: San Pablo.
- Hales, R., Yudofsky, S. y Talbott, J. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Áncora.
- Hastie, R. (2001). Problems for judgement and decision making. *Annual Review of Psychology*, 52, 653-683
- Haywood, C. (1977). The future role of crisis intervention centers: theoretical base and principles of intervention: I. An overview of ark model for stress modulation and crisis intervention. *Crisis Intervention*, 8, 56-73.
- Henderson, S. J. (2009). Assessment tools in brief assessment of personal goals: an online tool for personal counseling, coaching, and business consulting. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 41 (4), 244-249.
- Hinkle, L. E. Jr. (1974). The effect of exposure to culture change, social change and changes in interpersonal relationships on health. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 9-44). New York: John Wiley & Sons.
- Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K. y Valenzuela, K. (2005). Family disruption in bipolar disorder. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43 (4), 275-286.
- Howlett, S. y Langdon, R. (2004). Messages to Jo - the Samaritans' experience of email befriending. En G. Bolton, S. Howlett, C. Lago y J. K. Wright (Eds.), *Writing cures: An introductory handbook of writing in counselling and psychotherapy* (pp. 160-169). Hove, East Essex, UK: Brunner-Routledge.

- Hsiung, R. C. (2002). Suggested principles of professional ethics for e-therapy. En R. C. Hsiung (Ed.), *E-Therapy: Case studies, guiding principles and the clinical potential of the Internet* (pp. 150-165). New York: Norton.
- Huang, M. P. y Alessi, N. E. (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 861-869.
- Humphreys, K., Winzelberg, A. y Klaw, E. (2000). Psychologists' ethical responsibilities in the Internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (5), 493-496.
- Ibáñez, A. y Saiz, J. (2001). *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*. Masson. Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de las TIC en los Hogares*. Recuperado el 2 de marzo de 2010 del lugar: <http://www.ine.es>
- Instituto Vasco de Estadística. (2009). *Encuesta de la sociedad de la información*. Recuperado el 28 de noviembre de 2010 del lugar: <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/29909.pdf>
- Instituto Vasco de Estadística. (2010). *Población de 15 y más años usuaria de internet por territorio histórico*. Recuperado el 29 de noviembre de 2010 del lugar: http://es.eustat.es/estadisticas/tema_133/opt_0/ti_Poblacion_usuario_de_Internet/temas.html
- Jaana, M., Paré, G. y Sicotte, C. (2007). Hypertension home telemonitoring: Current evidence and recommendations for future studies. *Disease Management and Health Outcomes*, 15 (1), 19-31.
- Jackson, P. R. y Warr, P. B. (1984). Unemployment and psychological ill-health: The moderating role of duration and age. *Psychological Medicine*, 14 (3), 605-614.
- Jahoda, M. (1979). The impact of unemployment in the 1930's and the 1970's. *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 309-314.
- Janson, M. P., Alessandrini, E. S., Strunjas, S. S., Shahab, H., El-Mallakh, R. y Lippmann, S. B. (2001). Internet-observed suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (6), 478.
- Jarne, A. (2001). Hacia un código deontológico de la intervención psicológica a través de Internet. Comisión Deontológica del COPC. *Anuario de Psicología, Monográfico de Psicología e Internet*, 32 (2), 117-126.

- Jerome, L. W., DeLeon, P. H., James, L. C., Folen, R., Earles, J. y Gedney, J. J. (2000). The coming of age of telecommunications in psychological research and practice. *American Psychologist*, 55 (4), 407-421.
- Jerome, L. W. y Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (5), 478-483.
- Johnson, L., Lundström, O., Aberg-Wistedt, A. y Mathé, A. A. (2003). Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*, 5 (2), 129-137.
- Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: a review. *Clinical Psychology Review*, 25 (2), 241-262.
- Kalichman, S. C., Benotsch, E. G., Weinhardt, L., Austin, J., Luke, W. y Cherry, C. (2003). Health-related internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/AIDS: Preliminary results from a community survey. *Health Psychology*, 22 (1), 111-116.
- Kanani, K. y Regehr, C. (2003). Clinical, ethical, and legal issues in e-therapy. *Families in Society*, 84 (2), 156-162.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kasl, S. V., Gore, S. y Cobbs, S. (1975): The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behaviour. *Psychosomatic Medicine*, 37 (2), 106-122.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42 (8), 821-833.
- Kelvin, P. y Jarrett, J. E. (1985). *Unemployment. Its social psychological effects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (11), 647-655.
- Kisely, S., Ong, G. y Takyar, A. (2003). A survey of the quality of Web based information on the treatment of schizophrenia and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 (1), 85-91.

- Klemm, P., Hurst, M., Dearholt, S. L. y Trone, S. R. (1999). Gender differences on Internet cancer support groups. *Computers in Nursing, 17* (2), 65-72.
- Klemm, P. Reppert, K. y Visich, L. (1998). A nontraditional cancer support group: The Internet. *Computers in Nursing, 16* (1), 31-36.
- Knaevelsrud, C., Jager, J. y Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung [Internet psychotherapy: Efficacy and particularities of the therapeutic relationship]. *Verhaltenstherapie, 14* (3), 174-185.
- Koch, M. D., O'Neill, H. K., Sawchuk, C. N. y Connolly, K. (2002). Domain-specific and generalized disgust sensitivity in blood-injection-injury phobia: The application of behavioral approach/avoidance tasks. *Journal of Anxiety Disorders, 16* (5), 511-527.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Vol. 3.* (8ª ed). Leipzig: Barth.
- Kraus, R. (2004). Ethical and legal considerations for providers of mental health services online. En R. Kraus, J. Zack y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 123-144). San Diego, CA: Elsevier/Academic Press.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T. y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 53* (9), 1017-1031.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Grijalbo.
- Labrador, F. J., Cruzado, J.A., Muñoz, M. (2003). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (3ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Lange, A., van de Ven, J. P. y Schrieken, B. (2003). Interapy: treatment of post-traumatic stress via the internet. *Cognitive Behaviour Therapy, 32* (3), 110-124.
- Laszlo, J. V., Esterman, G. y Zabko, S. (1999). Therapy over the Internet? Theory, research and finances. *CyberPsychology and Behavior, 2* (4), 293-307.
- Lázaro, E., López-Paz, J. F., Amayra, I., De la Cruz, A. y Palacios, E. (2009). Psychosocial online program directed to parents of children and teenagers with neuromuscular disease. *Journal of ehealth Technology and Application, 7* (2), 141-144.

- Lee, R., Conley, D. y Preikschat, A. (2000). E-health 2000: Healthcare and the Internet in the new millennium. *Wit Capital*. Recuperado el 9 de enero de 2008 del lugar: <http://www.ic.gc.ca/epic/site/icttic.nsf/en/it07559e.html#fifteen>.
- Lehman, D. R., Chiu, C-Y. y Schaller, M. (2004). Psychology and Culture. *Annual Review of Psychology*, 55, 689-714.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M. y Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55 (7), 603-610.
- Loh, P., Donaldson, M., Flicker, L., Maher, S. y Goldswain, P. (2007). Development of a telemedicine protocol for the diagnosis of Alzheimer's disease. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13 (2), 90-94.
- López, J. A. (2001). *Aproximación al "síndrome de burnout"*. Recuperado el 4 de Agosto de 2010 del lugar: <http://www.cop.es/colegiados/T-00921/bargas.pdf>
- López, J. S., Blanco, F., Scandroglio, B. y Rasskin, I. (2010). Una aproximación a las prácticas cualitativas en psicología desde una perspectiva integradora. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 131-142.
- López-Paz, J. F., Amayra, I., Lázaro, E., De la Cruz, A. y Palacios E. (2009). Effectiveness of a psycho-educational online program directed to children and teenagers with neuromuscular disease. *Journal of ehealth Technology and Application*, 7 (2), 135-140.
- Louro, A., Álvarez, M., Ferrer, E., De las Heras, E., Purriños, M. J. y Torrado, V. M. (2008). Depresión en el Adulto. *Guías Clínicas*, 8 (16). Fuente bibliográfica principal: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS (Sistema Nacional de Salud) del MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo).
- Lyons, E. J., Mehl, M. R. y Pennebaker, J. W. (2006). Pro-anorexics and recovering anorexics differ in their linguistic internet self-presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 253-256.

- Maheu, M. M. (2000). *Delivering behavioral telehealth via the Internet: eHealth*. Recuperado el 1 de septiembre de 2007 del lugar: <http://telehealth.net/articles/deliver.html>.
- Maheu, M. M. (2001). Exposing the risk yet moving forward: a behavioural e-health model. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6 (4), 0-0.
- Maheu, M. M. y Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (5), 484-489.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P. y Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A Handbook for Practice Today*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Maheu, M. M., Whitten, P. y Allen, A. (2001). *E-Health, telehealth & telemedicine: A practical guide to program start-up and success*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology and Behavior*, 4 (5), 551-563.
- Mantovani, G. (1995). Virtual reality as a communication environment: Consensual allucination, fiction, and possible selves. *Human Relations*, 48 (6), 669-683.
- Mantovani, G. y Riva, G. (1999). "Real" presence: How different ontologies generate different criteria for presence, telepresence, and virtual presence. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 8 (5), 538-548.
- Mantovani, G. y Spagnolli, A. (2000). Imagination and culture: What is it like being in the cyberspace? *Mind, Culture, and Activity*, 7 (3), 217-226.
- Mark, R. G. (1974). Telemedicine system: The missing link between homes and hospitals? *Modern Nursing Home*, 32 (2), 39-42.
- Martínez, C. (2005). Intervención en Crisis en Pacientes con Trastornos de Personalidad Limítrofe. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (1), 151-158.
- Martínez, O., Jometón, A., Lázaro, E., Amayra, I., López-Paz, J. F., Caballero, P., De Nicolás, L., Lasa, A., Roldán, J., Bárcena, J. y Varona, L. (2012). Effectiveness of teleassistance on the improvement of health related quality of life in people with neuromuscular diseases. *International Journal of Integrated Care*, 12, URN:NBN:NL:UI:10-1-113057 / ijic2012-77 – <http://www.ijic.org/>.

- Masters, K. S. y Lambert, M. J. (1989). The relations between cognitive coping strategies, reasons for running, injury and performance of marathon runners. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11 (2), 161-170.
- Matute, H. (2003). *Adaptarse a Internet. Mitos y realidades sobre los aspectos psicológicos de la red*. A Coruña: La voz de Galicia.
- Maxmen, J. S. (1978). Telecommunications in psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, 32 (3), 450-456.
- May, C. R., Ellis, N. T., Atkinson, T., Gask, L., Mair, F. y Smith, C. (1999). Psychiatry by videophone: a trial service in north west England. *Study of Health Technology of Information*, 68, 207-210.
- McFadden, J. y Jencius, M. (2000). Using cyberspace to enhance counselors' cultural transcendence. En J. W. Bloom y G. R. Walz (Ed.), *Cybercounseling and Cyberlearning: Strategies and Resources for the Millennium* (pp. 67-84). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- McGee, R. K. (1974). *Crisis intervention in the community*. Baltimore: University Park Press.
- McGuigan, F. J. (1977). *Psicología experimental: enfoque metodológico*. Mexico: Trillas.
- McKay, H. G., Feil, E. G., Glasgow, R. E. y Brown, J. E. (1998). Feasibility and use of an Internet support service for diabetes self management. *The Diabetes Educator*, 24 (2), 174-179.
- McLendon, K. (2000). E-commerce and HIM: Ready or not, here it comes. *Journal of American Health Information Management Association*, 71 (1), 22-23.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- McTavish, F. M., Gustafson, D. H., Owens, B. H., Hawkins, R. P., Pingree, S., Wise, M., Taylor, J. O. y Apantaku, F. M. (1995). Chess: an interactive computer system for women with breast cancer piloted with an underserved population. *Journal of Ambulatory Care Management*, 18 (3), 35-41.
- Mechanic, D. (1972). Socio-psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *The New England Journal of Medicine*, 25, 1132-1139.
- Mehl, M. R. y Pennebaker, J. W. (2003). The sounds of social life: a psychometric analysis of students' daily social environments and natural conversations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 857-870.

- Meiler, M. (2010). *Sentimiento de soledad*. Recuperado el 29 de junio de 2010 del lugar: <http://www.mejoraemocional.com/superacion-personal/sentimiento-de-soledad/>.
- Mena, B., Nicolau, P., Salat, L., Tort, P. y Romero, B. (2007). *El alumno con TDHA*. Madrid: Ediciones Mayo.
- Mendoza, R. (2006). *Investigación cualitativa y cuantitativa. Diferencias y limitaciones*. Recuperado el 9 de Octubre de 2010 del lugar: <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigación-cualitativa.shtml>
- Menolascino, F. J. y Osborne, R. G. (1970). Psychiatric television consultation for the mentally retarded. *American Journal of Psychiatry*, 127, 157-162.
- Micali, N., Holliday, J., Karwautz, A., Haidvogel, M., Wagner, G., Fernández-Aranda, F., Badia, A., Giménez, L., Solano, R., Brecelj-Anderluh, M., Mohan, R., Collier, D. y Treasure, J. L. (2007). Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76 (4), 234-241.
- Miller, T. W., Miller, J. M., Kraus, R. F., Kaak, O., Sprang, R. y Veltkamp, L. J. (2003). Telehealth: a clinical application model for rural consultation. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 55 (2), 119-127.
- Mitchell, D. L. y Murphy, L. J. (1998). *Confronting the challenges of therapy online: A pilot project*. Trabajo presentado en la Seventh National and Fifth International Conference on Information Technology and Community Health, Victoria, Canada.
- Miyata, K. (2002). Social support for Japanese mothers online and offline. En B. Wellman y C. Haythornthwaite (Eds.), *The Internet in everyday life* (pp. 520-548). Oxford, MA: Blackwell Publishing.
- Mondéjar, A. (2009). *Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional*. Recuperado el 20 de julio de 2010 del lugar: <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=49321668>
- Montane, J. (2010). *Adicción al sexo: Cuando el placer se convierte en obsesión*. Recuperado el 29 de julio de 2010 del lugar: <http://adicciones.suite101.net/article.cfm/adiccion-al-sexo>
- Morgan, W. P. y Pollock, M. L. (1977). Psychologic characterization of the elite distance runner. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 301, 382-403.

- Murphy, L. J. y Mitchell, D. L. (1998). When writing helps to heal: email as therapy. *British Journal of Guidance and Counseling*, 26 (1), 21-32.
- Nardi, B. A. (Ed.) (1996). *Context and consciousness: Activity theory and Human-Computer Interaction*. Cambridge, MA: MIT Press.
- National Board for Certified Counselors (1998). *Standards for the ethical practice of webcounseling*. Recuperado el 10 de enero de 2008 del lugar: <http://www.nbcc.org/ethics2>.
- Newman, M. L., Pennebaker, J. W., Berry, D. S. y Richards, J. M. (2003). Lying words: predicting deception from linguistic styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (5), 665-675.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35 (1), 1-33.
- Nickelson, D. W. (1998). Telehealth and the evolving health care system: strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (6), 527-535.
- Nideffer, R. M. (1985). *An Athletes' Guide to Mental Training*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Nyamathi, A. M., Stein, J. A. y Bayley, L. J. (2000). TI: predictors of mental distress and poor physical health among homeless women. *Journal of Adolescence*, 23 (5), 569-582.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A. y Denollet J. (2002). Emotional (non-) expression and health: data, questions, and challenges. *Psychology and Health*, 17 (5), 517-528.
- Ogles, B. M. y Masters, K. S. (2000). Older vs. younger adult male marathon runners: participative motives and training habits. *Journal of Sport Behavior*, 23 (2), 130-143.
- Organización Mundial de la Salud. (1979). *CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud. (2000a). *CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2000b). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios. Diagnósticos de investigación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Original de 1994).
- Orjales, I. (2007). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orlick, T. (1986). *Psyching for Sport: Mental Training for Athletes*. Champaign, IL: Leisure Press.
- Öst, L. G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (1), 68-74.
- Páez, D., Velasco, C. y González, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexythimia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology, 77* (3), 630-641.
- Page, A. C. (1994). Blood-injury phobia. *Clinical Psychology Review, 14* (5), 443-461.
- Parkes, C. M. (1998). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Penguin Books.
- Parkinson, L. (2005). *Mediación Familiar. Teoría y práctica: principios y estrategias operativas*. Barcelona: Gedisa.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress family: The Family Adjustment and Adaptation Response Model. *Family Systems Medicine 7* (4), 428-442.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy, 31* (6), 539-548.
- Pennebaker, J. W. (2003). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. En P. Salovey y J. A. Rothman (Eds.), *Social psychology of health: Key readings in social psychology* (pp. 362-368). New York, NY: Psychology Press.
- Pennebaker, J. W., Booth, R. J. y Francis, M. E. (2007). *Linguistic Inquiry and Word Count: LIWC 2007*. Austin, TX: LIWC.

- Pennebaker, J. W., Chung, C. K., Ireland, M., Gonzales, A. y Booth, R. J. (2008). *The development and psychometric properties of LIWC2007*. Publicado por LIWC.net, Austin, Texas, USA.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E. y Booth, R. J. (2001). *Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC): LIWC2001*. Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers.
- Pennebaker, J. W. y Graybeal, A. (2001). Patterns of natural language use: Disclosure, personality, and social integration. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (3), 90-93.
- Pennebaker, J. W. y King, L. A. (1999). Linguistic styles: language use as an individual difference. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1296- 1312.
- Pennebaker, J. W. y Stone, L. D. (2003). Words of wisdom: language use over the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 291-301.
- Pérez, J. y Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de Psicología*, 13 (2), 155-161.
- Perini, S., Titov, N. y Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (6), 571-578.
- Pincu, L. (1989). Sexual compulsivity in gay men: Controversy and treatment. *Journal of Counseling Development*, 68 (1), 63-66.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O. y Lieberman, J. (2003). Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 815-824.
- Pizarro, J. A. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria*, 25, 42-46.
- Pousada, M., Valiente, L. y Boixadós, M. (2007). *Intervención en salud en la Red: estado de la cuestión y perspectivas de futuro*. Recuperado el 3 de Octubre de 2010 del lugar: http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/pousada_valiente_boixados.pdf
- Pollock, K., Armstrong, S., Coveney, C. y Moore, J. (2010). *An Evaluation of Samaritans Telephone and Email Emotional Support Service*. National Institute for Health Research: The University of Nottingham.

- Prasad, V. y Owens, D. (2001). Using the Internet as a source of self-help for people who self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 25 (6), 222-225.
- Preti, A., Usai, A., Miotto, P., Petretto, D. R. y Masala, C. (2008). Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Research*, 159 (1-2), 86-94.
- Proudfoot, J. G. (2004). Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28 (3), 353-363.
- Pyszczynski, T. y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory preservation and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- Quintero, F. J., Correas, J. y Quintero, F. J. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Barcelona: Masson.
- Ramírez-Esparza, N., Chung, C. K., Sierra-Otero, G. y Pennebaker, J. W. (2009). El lenguaje de la depresión: categorías lingüísticas y temas usados en foros de discusión en el internet en inglés y español. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 2 (2).
- Ramírez-Esparza, N., Pennebaker, J. W., García, A. E. y Suriá, R. (2007) La psicología del uso de las palabras: un programa de computadora que analiza textos en español. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (1), 85-99.
- Ramos-Quiroga, J. M., Martínez, Y., Nogueira, M., Bosh, R. y Casas, M. (2008). *Manual de tratamiento psicológico para adultos con TDAH. Una aproximación cognitivo-conductual*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Rebok, F., Díaz, E. J. y Pérez, M. L. (2008). Paranoia, personalidad y psicosis. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15 (2), 121-126.
- Rego, M. (2010). Cada vez más vitorianos viven solos. *El Correo (ed. Alava)*. Recuperado el 13 de diciembre de 2010 del lugar: <http://www.elcorreo.com/alava/v/20101206/alava/cada-vitorianos-viven-solos-20101206.html>
- Rheingold, H. (2004). *Multitudes inteligentes*. Barcelona: Gedisa.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. y Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: new evidence and new questions. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (pp. 145-189). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Risco, C., Otal, P., Iciar, E., Heredero, R. y De Lucas, M. (2001). *Ciberterapia: Ventajas y limitaciones*. Recuperado el 15 de enero de 2007 del lugar:

- <http://www.isabelsalama.com/Ciberterapia,%20Ventajas%20y%20Limitaciones.htm>.
- Risk, A. y Petersen, C. (2002). Health information on the Internet: quality issues and international initiatives. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2713-2715.
- Ritterband, L. M., Ardlan, K., Thorndike, F. P., Magee, J. C., Saylor, D. K., Cox, D. J., Sutphen, J. L. y Borowitz, S. M. (2008). Real world use of an internet intervention for pediatric encopresis. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (2), e16.
- Riva, G. (2000). From Telehealth to E-health: Internet and distributed virtual reality in health care. *CyberPsychology and Behavior*, 3 (6), 989-998.
- Riva, G. (2001). Shared Hypermedia: Communication and interaction in Web-based learning environments. *Journal of Educational Computing Research*, 25 (3), 205-226.
- Riva, G. y Galimberti, C. (1997). The psychology of cyberspace: a socio-cognitive framework to computer mediated communication. *New Ideas in Psychology*, 15 (2), 141-158.
- Riva G. y Galimberti, C. (1998). Computer-mediated communication: identity and social interaction in an electronic environment. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 124, 434-464.
- Riva, G. y Galimberti, C. (2001). The mind in the Web: Psychology in the Internet age. *CyberPsychology and Behavior*, 4 (1), 1-5.
- Riva, G. y Mantovani, G. (2000). The need for a socio-cultural perspective in the implementation of virtual environments. *Virtual Reality*, 5 (1), 32-38.
- Robbins, J. M. y Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, 26 (3), 575-589.
- Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L. y Treasure, J. A. (2007). Systematic review and metaanalysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37 (8), 1075-1084.
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G. y Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS ONE*, 5 (6), e10942.

- Roca, E. (2003). *Cómo superar el pánico, con y sin agorafobia*. Valencia: Editores ACDE (Autoayuda)
- Rochlen, A. B., Zack, J. S. y Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (3), 269-283.
- Rodríguez, I. (2010). E-Generaciones: ¿Cuánto hay de adultocéntrico en el análisis de la relación entre la población infantil y las nuevas tecnologías? *Intervención Psicosocial*, 19 (1), 9-18.
- Rosario, P., Núñez, J. C., Salgado, A., González-Pienda, J. A., Valle, A., Joly, C. y Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20, (4), 563-570.
- Rosenbluh, E. S. (1981). *Emotional first aid*. Louseville, KY: American Academy of Crisis Intervenors.
- Rouillon, F. (1997). Epidemiology of panic disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12 (S1), S7-S12.
- Rude, S. S., Gortner, E. M. y Pennebaker, J. W. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 18 (8), 1121-1133.
- Ruíz, A. (2001). *La terrible soledad*. Recuperado el 28 de junio de 2010 del lugar: <http://www.inteco.cl/temas/t0104a1.html>.
- Sádaba, C. (2010). El Perfil del Usuario de Internet en España. *Intervención Psicosocial*, 19 (1), 41-55.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A Practical Guide* (pp. 235-276). Oxford: Oxford University Press.
- Samaritans. (2006). *Information Resource Pack*. Recuperado el 17 de enero de 2008 del lugar: <http://www.samaritans.org/pdf/InfoResourcePack2006.pdf>.
- Samaritans. (2010). *Annual report and accounts 2009-2010*. London, UK: Samaritans
- Sampson, J. P., Kolodinsky, R. W. y Greeno, B. P. (1997). Counseling on the information highway: future possibilities and potential problems. *Journal of Counseling and Development*, 75 (3), 203-212.

- Sánchez, E. (2003). Juego patológico: Un trastorno emergente. *Trastornos Adictivos*, 5 (2), 75-87.
- Sánchez, M. P., Aparicio, M. E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18 (3), 584-590.
- Sánchez, R. (2000). *Cyberterapia: ¿una alternativa válida?* I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 10 de Diciembre de 2010 del lugar: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa15/conferencias/15_ci_a.htm
- Sánchez, S. y Iruarrizaga, I. (2009). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: La adicción al sexo en internet. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), 255-268.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Saphiro, D. E. y Schulman, C. E. (1996). Ethic and legal issues in email therapy. *Ethics and Behaviour*, 6 (2), 107-124.
- Sasseville, M. y Grinberg, F. (1987). Chômage et santé mentale. *Canadian Journal Psychiatry*, 32 (9), 798-802.
- Scharer, K. (2002). What parents of mentally ill children need and want from mental health professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 23 (6), 617-640.
- Scharer, K. (2005). Internet social support for parents: the state of science. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18 (1), 26-35.
- Schneider, P.L. (2001a). *Distance technology versus face-to-face*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2010 del lugar: <http://telehealth.net/telehealth-technology>
- Schneider, P.L. (2001b). *Telehealth: Psychotherapy using distance technology: A comparison of outcomes*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2010 del lugar: <http://telehealth.net/distance-communication>
- Schomer, H. H. (1986). Mental strategies and the perception of effort of marathon runners. *International Journal of Sport Psychology*, 17, 41-59.
- Schoutrop, M. J. A., Lange, A., Hanewald, G. J. F. P., Davidovich, U. y Salomon, H. B. (2002). Structured writing and processing major stressful events: acontrolled trial. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71 (3), 151-157.
- Schoutrop, M. J. A., Lange, A., Hanewald, G. J. F. P., Durland, C. y Bermond, B. (1997). The effects of structured writing assignments on overcoming major

- stressful events: an uncontrolled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4 (3), 179-185.
- Schwartz, M. F. y Brasted, W. S. (1985). Sexual addiction: Self hatred, guilt, and passive rage contribute to this deviant behavior. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19 (10), 103-107.
- Schwefel, D. (1984). Unemployment and mental health. Perspectives from the Federal Republic of Germany. *International Journal of Mental Health*, 13, 35-50.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Montañez, J. y Gatz, M. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*, 19 (2), 272-277.
- Shamir, B. (1986). Self-esteem and Psychological Impact of Unemployment. *Social Psychology Quarterly*, 49 (1), 61-72.
- Sharf, B. F. (1997). Communicating breast cancer on-line: Support and empowerment on the Internet. *Women and Health*, 26 (1), 65-84.
- Sheeron, P. y Abrams, C. (1994). Unemployment and self-conception: an Aymbolie interactionist analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4, 115-129.
- Sher, L. (2000). The Internet, suicide, and human mental functions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (3), 297.
- Silva, J. M. y Appelbaum, M. I. (1989). Association-Dissociation patterns of United States Olympic marathon trial contestants. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (2), 185-192.
- Slaikeu, K. A. y Leff-Simon, S. I. (1988). Intervención en crisis por teléfono. En K. A. Slaikeu (Ed.), *Intervención en crisis* (pp. 213-220). México, DF: El Manual Moderno.
- Sloan, D. M. y Marx, B. P. (2004). A closer examination of the written disclosure paradigm. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 165-175.
- Smyth, J., Stone, A., Hurewitz, A. y Kaell, A. (1999). Writing about stressful events produces symptom reduction in asthmatics and rheumatoid arthritics: A randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 281 (14), 1304-1309.

- Spielberger, C.D. y Vagg, P.R. (1995). Test anxiety: A transactional process. En C. D. Spielberger y P. R. Vagg (Eds.), *Test anxiety: Theory, assessment and treatment* (pp. 3-14). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Starcevic, V. (1990). Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes? *American Journal of Psychotherapy*, 44 (3), 340-347.
- Stirman, S. W. y Pennebaker, J. W. (2001). Word use in the poetry of suicidal and nonsuicidal poets. *Psychosomatic Medicine*, 63 (4), 517-522.
- Stofle, G. S. (2002). Chat room therapy. En R. C. Hsiung (Ed.), *E-Therapy: Case studies, guiding principles and the clinical potential of the Internet* (pp. 92-135). New York: Norton.
- Stofle, G. S. y Chechele, P. J. (2004). Online counseling skills part II: In-session skills. En R. Kraus, J. Zack y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 182-195). San Diego, CA: Academic Press/Elsevier.
- Stone, L. D. y Pennebaker, J. W. (2002). Trauma in real time: talking and avoiding online conversations about the death of Princess Diana. *Basic and Applied Social Psychology*, 24 (3), 173-183.
- Straker, N., Mostyn, P. y Marshall, C. (1976). The use of two-way TV in bringing mental health services to the inner city. *American Journal of Psychiatry*, 133 (10), 1202-1218.
- Strecher, V. J., McClure, J. B., Alexander, G. L., Chakraborty, B., Nair, V. N., Konkel, J. M., Greene, S. M., Collins, L. M., Carlier, C. C., Wiese, C. J., Little, R. J., Pomerleau, C. S., Pomerleau, O. F. (2008). Web-based smoking-cessation programs: results of a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (5), 373-381.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157 (3), 393-401.
- Suares, M. (1999). *Mediación: Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Suler, J., Barak, A., Chechele, P., Fenichel, M., Hsiung, R., Maguire, J., Meunier, V., Stofle, G., Tucker-Ladd, C., Vardell, M. y Walker-Schmucker, W. (2001).

- Assessing a person's suitability for online therapy. *CyberPsychology and Behavior*, 4 (6), 675-679.
- Suler, J. R. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior*, 3 (2), 151-159.
- Suriá, R. (2006). *Análisis de los foros virtuales: su contenido psicológico y lingüístico*. Recuperado el 28 de junio de 2011 del lugar: <http://www.monografias.com/trabajos901/analisis-foros-virtuales-psicologico-linguistico/analisis-foros-virtuales-psicologico-linguistico.shtml>
- Suriá R. y Beléndez M. (2009). El efecto terapéutico de los grupos virtuales para pacientes con enfermedades crónicas. *Boletín de Psicología*, 96 (7), 35-46.
- Symons, M. (1980). The second injury to victims and acute responses of victims to terror. *Evaluation and change, (Special Issue)*, 36-41.
- Tagliagambe, S. (1997). *Epistemologia del Cyberspazio [Epistemology of Cyberspace]*. Cagliari, Italy: Demos.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, T. L., Jacquin, K. M. y Harrington, P. J. (1995). Impact of cognitive-behavioural treatment on quality of life on panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 823-830.
- Telemedicine Information Exchange. (2004). *Telemedicine programs database*. Revisado el 12 de enero de 2007 del lugar: <http://tie.telemed.org>.
- Tennen, H. y Herzberger, S. (1987). Depression, self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 72-80.
- Terry, N. P. (2002). The legal implications of e-therapy. En R. C. Hsiung (Ed.), *e-therapy: Case studies, guiding principles and the clinical potential of the Internet* (pp. 166-193). New York: W. W. Norton & Company.
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E. y Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS ONE*, 5 (6), e10939.
- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A. y Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an Internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, 5 (5), e10885.

- Titov, N. y Knight, R. G. (2005). A computer-based procedure for assessing functional cognitive skills in patients with neurological injuries: The Virtual Street. *Brain Injury*, 19 (5), 315-322.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (3), 147-151.
- Turkle, S. (1997). Constructions and reconstructions of self in virtual reality: Playing in the MUDs. En K. Sara (Ed.), *Culture of the Internet* (pp. 143-155). New York, US: Lawrence Erlbaum Associates Mahwah.
- Tyrer, P., Seivewright, N. y Seivewright, H. (1999). Long term outcome of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (2), 177-185.
- Ullah, P., Banks, M. y Warr, P. (1985). Social support, social pressures and psychological distress during unemployment. *Psychological Medicine*, 15 (2), 283- 295.
- Valerina, A. (2003). *Ser un "ciberpsicólogo"*. Recuperado el 18 de febrero de 2007 del lugar: <http://www.galeon.com/pcazau/304-psicovar2.htm>.
- Valero, L. (2002). *El consejo psicológico a través de Internet: Datos de una experiencia institucional*. Recuperado el 15 de Enero de 2007 del lugar: http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.21_1_4.pdf.
- Valiente, L., Armayones, M., Boixadós, M., Herrero, J., Meneses, J., Suelves, J. M. y Vivas, P. (2003). *La psicología de la salut i de la qualitat de vida en la societat de la informació i del coneixement. Informe tècnic del projecte*. Barcelona: Institut Interdisciplinari Internet de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).
- Vallejo, M. A. (2003). Nuevas tecnologías, Internet y Psicología Clínica. Recuperado el 3 de Enero de 2007 del lugar: <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?id=1116>.
- Vallejo, M. A. y Jordán, C. M. (2007). Psicoterapia a través de internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91, 27-42.
- Vallejo, M. A., Jordán, C. M., Díaz, M. I., Comeche, M. I., Ortega, J. (2007). Psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28

- (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9 (1), e2.
- Vallejo, M. A., Jordán, C. M., Mañanes, G., Andrés, A., Comeche M. I. y Díaz, M. I. (2007). Clinical psychology offers in the internet in Spain. *Computers in Human Behavior*, 23 (5), 2133-2143.
- Vich, T. (2003). *Qué pasa por la cabeza del corredor de maratón*. Recuperado el 1 de agosto de 2010 del lugar: <http://www.corredorespopulares.es/psicomaraton.html>
- Vidal, J. (2000). El fenómeno paranoide en las neurosis y en las psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20 (73), 43-60.
- Vidal, G. y Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Viney, L. L. (1985). "They call you a dole bludger": Some experiences of unemployment. *Journal of Community Psychology*, 13 (1), 31-45.
- Vinokur, A., Caplan, R. D. y Williams, C. C. (1987). Effects of recent and past stress on mental health: Coping with unemployment among Vietnam veterans and nonveterans. *Journal of Applied Social Psychology*, 17 (8), 710-730.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2005). Internet-based treatment for complicated grief: concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (5), 409-432.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30 (5), 429-453.
- Wagner, B. y Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 625-629.
- Wallace, P. M. (2001). *La psicología de Internet*. Barcelona: Paidós Transiciones.
- Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (6), 705-711.
- Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 28 (2), 105-117.
- Weinert, C. y Hill, W. G. (2005). Rural women with chronic illness computer use and skill acquisition. *Womens Health Issues*, 15 (5), 230-236.
- Willemain, T. R. y Mark, R. G. (1971). Models of remote health systems. *Biomedical Sciences Instrumentation*, 8, 9-17.

- Wilson, G. y Lester, D. (1998). Suicide prevention by email. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment*, 4, 81-87.
- Wittson, C. L., Afflect, D. C. y Johnson, V. (1961). Two-way television in group therapy. *Mental Hospitals*, 12, 22-23.
- Wootton, R., (Ed.) (1999). *European Telemedicine 1998/99*. London: Kensington Publications Ltd.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- World Economic Forum. (2009). *The Global Information Technology Report 2008-2009*. Recuperado el 14 de marzo de 2010 del lugar: <http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Global%20Information%20Technology%20Report/index.htm>
- World Health Organization. (1997). *Telehealth and telemedicine will henceforth be part of the strategy for health for all*. Geneva: World Health Organization. Recuperado el 21 de noviembre de 2006 del lugar: <http://www.who.org/inf-pr-1997/en/pr97-98.html>.
- World Health Organization. (1998). *The World health report 1998; Life in the 21st century, a vision for all*. Recuperado el 15 de enero de 2008 del lugar: <http://www.who.int/whr/1998/en/index.html>.
- World Health Organization. (2003). *The World health report 2003; Shaping the future*. Recuperado el 15 de enero de 2008 del lugar: <http://www.who.int/whr/2003/en/>
- Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A. y Taylor, C. B. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (4), 401-408.
- Zack, J. S. (2004). Technology of online counseling. En R. Kraus, J. Zack y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 93-121). San Diego, CA: Elsevier/Academic Press.
- Zahoric, P. y Jenison, R. L. (1998). Presence as being-in-the-world. *Presence, Teleoperators, and Virtual Environments*, 7 (1), 78-89.
- Zellars, K. L. y Perrewé, P. L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 459-467.

- Zelvin, E. y Speyer, C. M. (2004). Online counseling skills part I: treatment strategies and skills for conducting counseling online. En R. Kraus, J. Zack y G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 164-180). San Diego, CA: Academic Press/Elsevier.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J.C. y Salinas, J.M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19, (4), 654-660.
- Zuckerman, E. (2003). Finding, evaluating, and incorporating Internet self-help resources into psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (2), 217-225.

APÉNDICE

APÉNDICE

APÉNDICE A. Recursos de la intervención en crisis online

Tabla 1. Recursos para la salud e intervención en crisis online

Entidad	Página Web
American Psychological Association Public Education Line.	www.helping.apa.org
American Psychiatric Association Answer Center.	www.psych.org
Counseling Online: un servicio por correo electrónico confidencial de 24 horas por The Samaritans. Proporcionan apoyo emocional por teléfono o por correo electrónico.	www.samaritans.co.uk www.befrienders.org/email.html
Knowledge Exchange Network (KEN)	www.mentalhealth.org
Metanoia: contiene conversaciones y escritos de personas con tendencia suicida y qué deben leer.	www.metanoia.org/suicidio
National Crisis Helpline	
Nacional Hopeline Network: Hopeline conecta a las personas muy angustiadas con un centro de crisis.	www.hope line.org
Nacional Victim Center Infolink	www.neve.org
Online Counseling: un servicio para gente joven, que se ocupa de asuntos relacionados con el suicidio.	http://www.kidshelp.sympatico.ca
1-800-Therapist: después de una evaluación telefónica inicial, pueden derivar a la persona que llama a un equipo completo de profesionales de salud mental.	www.1-800-therapist.com
GriefNet: apoyo a personas en proceso de duelo	www.griefnet.org
Compassionate Friends: apoyo a personas en proceso de duelo	www.compassionatefriends.org
GriefLink: apoyo a personas en proceso de duelo	www.grieflink.asn.au
The National Hospice and Palliative Care Organization	www.caringinfo.org
Hospice Foundation of America	www.hospicefoundation.org
National Cancer Institute	www.cancer.gov

APÉNDICE B. Beat the Blues (www.beatingtheblues.co.uk/)

La supervisión de riesgos en el BtB (Cavanagh et al., 2003)

Sesión 1: supervisión de riesgos (repetir al comienzo de cada sesión)

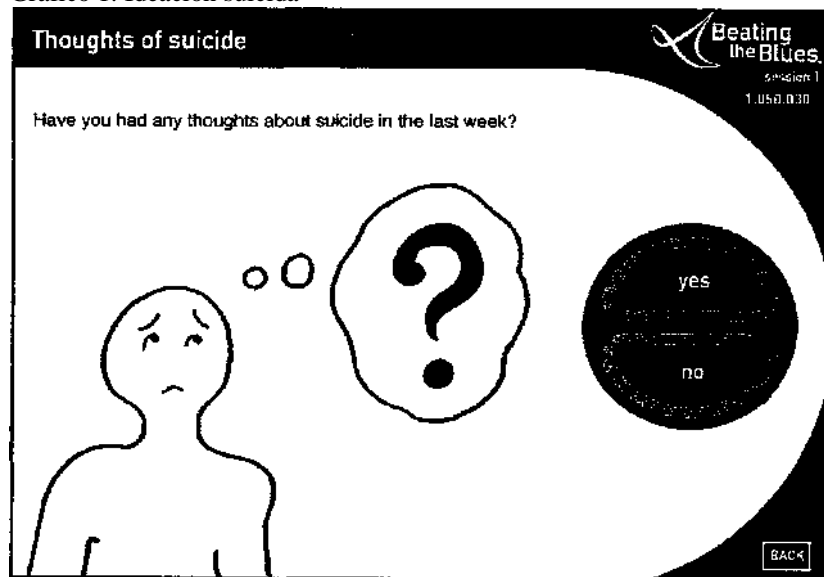
Ordenador (voz y gráfico): el profesional realizará un resumen semanal sobre la marcha de cada sesión. Valorará el grado de ansiedad y depresión, y cualquier trastorno o ideación suicida.

Ordenador (voz, acompañada de gráfico y texto): preguntará cada semana si ha tenido ideación suicida. ¿Ha tenido usted algún pensamiento de suicidio en la última semana?

1. SÍ
2. No

Paciente: No

Gráfico 1. Ideación suicida



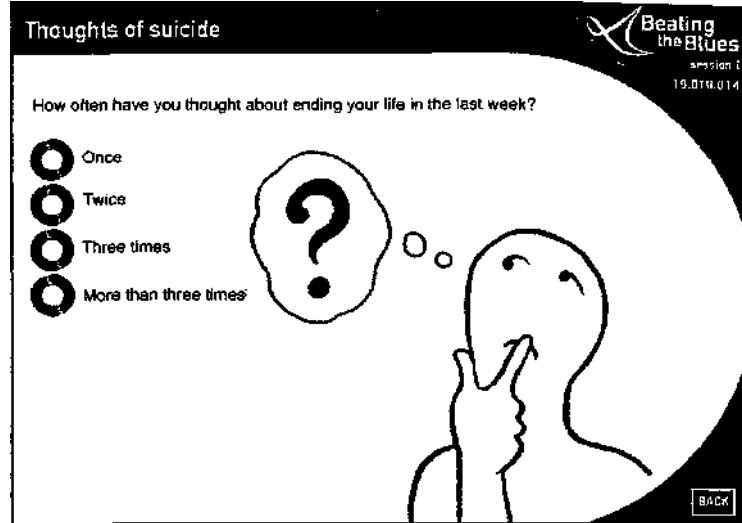
Cuando no se indique ideación suicida, el programa sigue adelante para tratar otros asuntos más recientes. Si el paciente confirma pensamientos de suicidio (la respuesta es sí), el programa continúa así:

Ordenador (voz, texto y gráfico con respuestas a elegir): ¿Con qué frecuencia ha pensado usted quitarse la vida en la última semana?

1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces
4. Más de tres veces

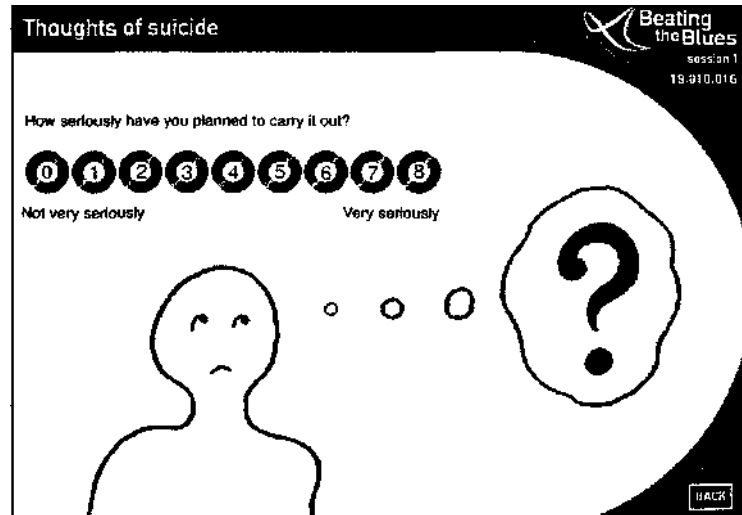
Paciente: x veces

Gráfico 2. Frecuencia de la ideación suicida



Ordenador (voz, texto y gráfico con respuestas a elegir): ¿Qué grado de preparación has planificado para llevarlo a cabo?

Gráfico 3. Intencionalidad suicida



0 1 2 3 4 5 6 7 8
No muy seriamente Muy seriamente

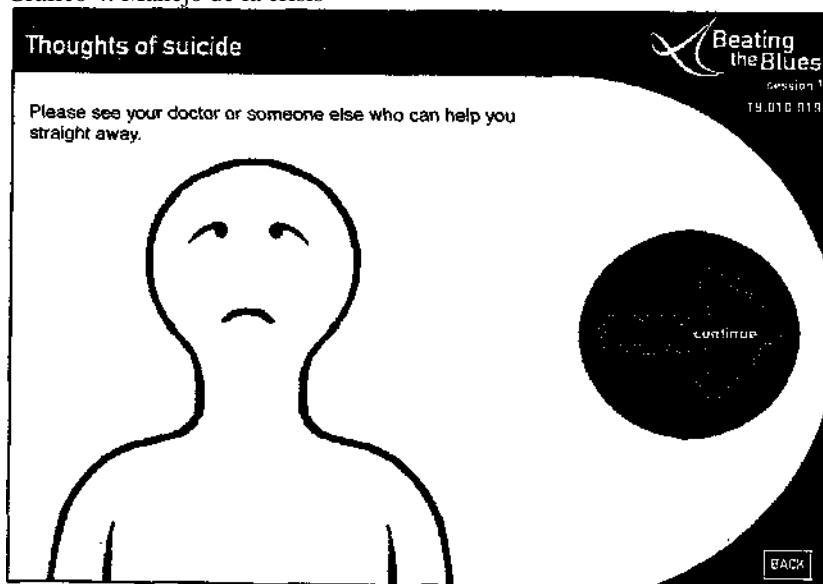
Si el Paciente marca: de 0 a 4

Ordenador (voz y gráfico): Lo siento, usted ha estado pensando sobre el suicidio. Las cosas no le han ido muy bien. Si usted cree que van a aumentar las intenciones de suicidarse, por favor deje de usar BtB, y póngase en contacto con un profesional o con alguien que le pueda ayudar.

Si el Paciente marca: de 5 a 8

Ordenador (voz y gráfico): Estoy preocupado por sus pensamientos. Las cosas le han ido muy mal. Por favor, póngase en contacto con un profesional o con alguien que le pueda ayudar.

Gráfico 4. Manejo de la crisis



APENDICE C. LIWC

Tabla 1: LIWC2007. Resultados de la información de las variables

Dimensión	Abreviaturas	Ejemplos	Palabras	Juez1	Juez2
I. DIMENSIONES LINGÜÍSTICAS ESTANDARIZADAS					
Recuento de Palabras	CP				
Palabras por oración	PPO				
Oraciones terminadas con ?	Signos?				
Palabras únicas	Unicas				
% de palabras capturadas por el diccionario	Dic				
% de palabras > seis letras	Seisltr				
Total pronombres	Pronom	Yo, nosotros, tu	70		
primera persona singular	Yo	Yo, mi, mío	9		
primera persona plural	Nosotros	nosotros, nuestro	11		
Total primera persona	Unomismo	Yo, mi, mío	20	.78	.47
Total segunda persona	Tu	tu, ustedes	14		
Total tercera persona	Otro	ella, suyo, ellos	22		
Negaciones	Negación	no, nunca	31		
Afirmaciones	Afirmaciones	si, OK, aha	18		
Artículos	Artículo	el, la, los	3		
Preposiciones	Prepo	a, ante, bajo	43		
Números	Número	uno, treinta, millón	29		
II. PROCESOS PSICOLÓGICOS					
Procesos afectivos o emocionales	Afectivo	feliz, feo, amargo	615		
Emociones Positivas	Emopos	feliz, bonito, bueno	261	.63	.33
Sentimientos Positivos	Sentpos	feliz, felicidad, amor	43		
Optimismo y Energía	Optime	certitud, orgullo, ganar	69	.37	.22
Emociones Negativas	Emoneg	odio, enemigo, sin sentido	345	.75	.38
Ansiedad o miedo	Ansiedad	nervioso, miedo, tenso	62	.57	.40
Enojo	Enojo	odio, matar, enojo	121	.57	.41
Tristeza o depresión	Tristeza	llorar, tristeza	72	.66	.29
Procesos cognitivos	MecCog	causa, saber, debería	312		
Causa	Causa	porque, efecto, por lo tanto	49	.39	.31
Insight	Insight	Pensar, saber, considerar	116	.73	.23
Discrepancia	Discrep	debería, podría	32	.53	.20
Inhibición	Inhib	bloquear, prohibir	64		
Tentativo	Tentat	Tal vez, a lo mejor, adivina	79	.49	.21
Certeza	Certeza	siempre, nunca	30		
Procesos Sensoriales y Perceptuales	sentidos	ver, tocar, escuchar	111		
Ver	Ver	vista, ver, observar	31		
Escuchar	Oír	escuchó, escucha, sonido	36		
Sentir	Sentir	tocar, sostener, sentir	30		

Procesos Sociales	Social	hablar, nosotros, amigos	314		
Comunicación	Comu	hablar, compartir, conversar	124		
Referencia a otras personas	Refotro	primera persona plural, 2nd y 3era per	54		
Amigos	Amigos	colega, amigo	28	.74	.69
Familia	Familia	mamá, hermano, primo	43	.81	.80
Humanos	Humanos	niño, mujer, grupo	43		
III. RELATIVIDAD					
Tiempo	Tiempo	hora, día, noche	113		
Verbo de tiempo pasado	Pasado	caminé, hice, tuve	144	.75	.75
Verbo de tiempo presente	Presente	camino, hago, tuve	256		
Verbo de tiempo futuro	Futuro	caminaría, haría, voy a	14		
Espacio	Espacio	alrededor, encima, arriba	71		
Arriba	Arriba	arriba, encima, sobre	12		
Abajo	Abajo	abajo, debajo	7		
Inclusivo	Incl	con, y, incluyendo	16		
Exclusivo	Excl	pero, excepto, sin	19		
Movimiento	Moción	mover, caminar, ir	73		
IV. ASUNTOS PERSONALES					
Ocupación	Ocupa	trabajar, clase, jefe	213		
Escuela	Escuela	clase, estudiante, colegio	100	.27	.25
Trabajo	Trabajo	empleo, jefe, carrera	62		
Logro	Logro	tratar, objetivo, ganar	60		
Actividades Placenteras	Placer	casa, TV, música	102		
Casa	Casa	casa, cocina, jardín	26		
Deportes	Deportes	fútbol, juego, jugar	28		
Televisión y Cine	TV	TV, comedia, programa	19		
Música	Música	tonada, canción, cd	31		
Dinero y asuntos financieros	Dinero	cambio, tasas, salario	75		
Asuntos Metafísicos	Metafí	Dios, cielo	85		
Religión	Relig	Dios, iglesia	56		
Muerte	Muerte	muerte, entierro	29		
Estados Físicos y funciones	Físico	dolor, brazo, dormir	285		
Estados del Cuerpo	Cuerpo	dolor, corazón, toser	200	.45	.61
Sexo y sexualidad	Sexual	atracción, pene, sexo	49		
Comer, beber, dieta	Comer	comer, tragar, probar	52		
Dormir, soñar	Dormir	dormir, cama, sueños	21		
Asearse	Asearse	bañarse, limpiar	15		
IV. DIMENSIONES EXPERIMENTALES					
Groserías	Groserías	chingada, puta	29		
Nonfluencies	Nonfl	uh, rr	6		
Rellenos	Rellenos	este, entonces	6		

Fuente: Pennebaker et al. (2008, p. 5)

APÉNDICE D. Descripción problemáticas con estado de ansiedad

Estado de ansiedad (Agorafobia, ataque de pánico, ansiedad y exámenes, ansiedad y amas de casa, ansiedad y tomas de decisiones, ansiedad y trabajo, hipocondrías y hemofobia).

Descripción agorafobia

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o “volverse locos”. Describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis (fútbol, autobús, etc.). La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos; Alfredo sufre palpitaciones, mareo, sensación de asfixia, temblores, y escalofríos. El temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, sin la presencia de un conocido para soportarlas, le impide hacer su vida normal, que es una de las características principales de la agorafobia.

Por lo tanto, la agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (Roca, 2003). Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro de casa; mezclarse con la gente; hacer cola; estar en aglomeraciones; viajar en automóvil, autobús, o avión (como le ocurre a Aurora); o encontrarse en un puente o en un ascensor. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos o se hace indispensable la compañía de un conocido para soportarlas.

Las personas agorafóbicas varían considerablemente en diversos aspectos de los ataques de pánico tales como frecuencia, intensidad, duración, reacciones somáticas y cogniciones asociadas, circunstancias de ocurrencia y predecibilidad. A diferencia de lo que ocurre en las fobias específicas y sociales, los ataques de pánico espontáneos (es decir, percibidos por el sujeto como caídos del cielo, sin una causa aparente) son frecuentes en la agorafobia. Esto podría explicar por qué muchos agorafóbicos tienen miedo a estar solos incluso en la seguridad de sus casas (Bardos, 2009).

Coincidiendo en varios aspectos con los anteriores autores, Espada, Van der Hofstadt y Galván (2007) definen la agorafobia como el temor intenso a los espacios abiertos y otras situaciones relacionadas, como las multitudes, comercios y centros públicos en los que circula gran cantidad de personas. El sujeto teme sufrir un ataque que atribuye generalmente a un problema de salud. Se preocupa por el riesgo de morir, la imposibilidad de recibir ayuda y de escapar a un lugar seguro, o por el juicio de los demás. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza generalmente al principio de la etapa adulta. Suele ser progresivo, llegando a incapacitar seriamente a quien lo padece.

Descripción ataque de pánico

Roca (2003) comenta que las crisis de pánico aisladas son bastante frecuentes en la población general. En la mayoría de casos, quienes las experimentan no les dan mayor importancia. Las consideran como una especie de pesadilla y las atribuyen a que se han puesto nerviosos o a otras causas nada preocupantes. Pero en algunos casos, la persona que experimenta una crisis se queda preocupada por ella y con temor a experimentar nuevas crisis, o las sensaciones internas relacionadas con ellas.

Si ese temor es lo suficientemente fuerte para crear emociones y conductas contraproducentes, se considera que la persona afectada padece un trastorno de pánico.

Las crisis no se deben a los efectos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica, ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno

mental (por ejemplo, fobia social si las crisis apareciesen sólo al exponerse a situaciones sociales temidas). En algunas ocasiones, el trastorno de pánico se ve complicado con la agorafobia.



Gráfico 1. Percepción de peligro

Cuando el cerebro percibe un peligro (real o imaginario), automáticamente se pone en marcha el sistema de alarma (Roca, 2003), como se muestra en el Gráfico 1; es decir, se activa una parte del sistema nervioso, que provoca diversos cambios fisiológicos con los que el organismo se prepara para afrontar el peligro.

Todos estos cambios, serían útiles y beneficiosos si te encuentras ante un peligro real. Pero, si en vez de tomarlos como algo “normal”, se piensa que esas sensaciones son peligrosas, se activará aún más el sistema de alarma (Gráfico 2), y por tanto, las sensaciones y el miedo aumentarán (Roca, 2003).

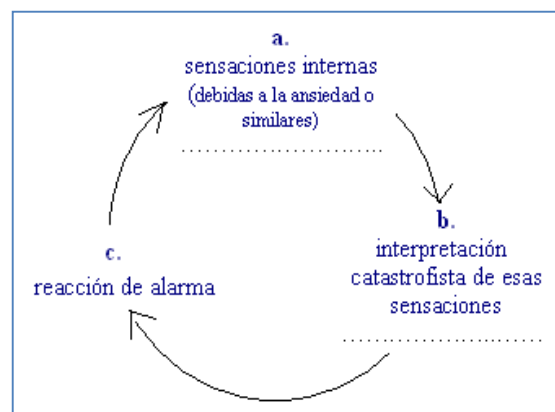


Gráfico 2. El círculo vicioso del pánico

Bardos (2009) y Roca (2003) comentan que según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) un ataque de pánico consiste en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente y de un impulso a escapar y durante el cual cuatro o más de los siguientes trece síntomas aparecen de repente y alcanzan su máximo en 10 minutos o menos:

- a) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado;
- b) sudoración;
- c) temblores o sacudidas;
- d) sensaciones de falta de aire o ahogo;
- e) sensación de atragantamiento;
- f) dolor o malestar en el pecho;
- g) náusea o malestar abdominal;
- h) sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo;
- i) desrealización o despersonalización;
- j) miedo a perder el control o a volverse loco;
- k) miedo a morir;
- l) parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo);
- m) ráfagas de calor o escalofríos.

En general, los síntomas más frecuentes, tanto en adultos como en niños y adolescentes, son palpitaciones, mareo, dificultad para respirar, sudoración y temblores/sacudidas, mientras que entre los menos frecuentes están las parestesias y el miedo a morir. El miedo a volverse loco o a perder el control y la despersonalización y desrealización son mucho más frecuentes entre los adultos. Si hay menos de cuatro síntomas, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) habla de ataques de síntomas limitados. Estos pueden ser tan perturbadores como los ataques completos. En muestras comunitarias, la prevalencia a lo largo de la vida de personas con ataques de pánico ha oscilado entre 3% y 16%, generalmente alrededor del 10% (Rouillon, 1997).

Finalmente, Bardos (2009) señala que para algunos autores pánico y ansiedad no son cualitativamente distintos, sino que forman parte de un continuo de gravedad;

el pánico sería una ansiedad muy intensa con un comienzo súbito o muy rápido. En cambio, otros han diferenciado entre miedo/pánico, el cual se produce en situaciones en que se percibe un peligro presente y está asociado con una tendencia a escapar, y ansiedad, un estado de preparación para un peligro futuro. Además, la ansiedad no se caracteriza ni por síntomas físicos tan intensos y repentinos ni por pensamientos de peligro interno inminente. McNally (1994) ha distinguido incluso entre pánico y miedo fóbico, ya que el foco de aprensión sería interno en el primero y externo en el segundo; además, los síntomas cardiorrespiratorios serían más prominentes en el pánico.

Espada et al. (2007), resume que la American Psychiatric Association (2000) define la agorafobia como el miedo a estar en lugares o situaciones de los que puede ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales puede no disponerse de ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) asocia el término “agorafobia” a dos categorías diagnósticas que se incluyen en los trastornos de ansiedad: el trastorno de pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. La crisis de angustia es definida como un trastorno que puede ser provocado por una fobia específica. Se caracteriza como la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos. En el DSM-IV-TR, la American Psychiatric Association (2000) señala que suele acompañarse de algunas de las siguientes manifestaciones somáticas: palpitaciones, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas, inestabilidad, mareos, escalofríos, sofoco, hormigueo o entumecimiento, que no pueden explicarse por el consumo de sustancias o por la presencia de otros trastornos mentales. La agorafobia es la ansiedad experimentada al encontrarse en lugares o situaciones donde el escape puede resultar difícil (Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, 1995). Los temores suelen estar relacionados con situaciones características, que el sujeto intenta limitar a fin de evitar el malestar. Esta circunstancia suele darse menos en presencia de otra persona conocida.

Descripción ansiedad y exámenes

Mondéjar (2009) comenta que la ansiedad ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional es un trastorno infanto-juvenil de efectos perturbadores

y negativos que repercuten sobre la salud mental y emocional, el rendimiento académico y la integración social de la persona que la padece. El proceso educativo curricular conlleva un conjunto de responsabilidades y tareas de aprendizaje que implican un aumento de la ansiedad, que interfiere de forma positiva sobre la atención, la eficacia y el rendimiento académico, siempre que ésta no supere determinados límites. Expresiones cognitivas manifestadas en estas circunstancias podrían ser: “Estoy bloqueado”; “No puedo concentrarme ni estudiar”; “No sirvo para nada”; “Voy a suspender seguro”; etc.

El nivel de intensidad de ansiedad que experimentará el alumno ante la situación temida, dependerá siempre de los factores siguientes: las características del estímulo fóbico (situación: académica, de examen, y de enseñanza aprendizaje), el estado emocional y sentimental del estudiante, el grado de impedimento del escape, etc. La ansiedad puede también interferir negativamente sobre la atención y concentración del estudiante, perturbando su ejecución y rendimiento escolar. Este deterioro facilitará que la respuesta de ansiedad se incremente en él.

Vivir con cierta ansiedad es un destino común al cual, de alguna manera, todos estamos vinculados (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra y Salinas, 2007). De esta forma, los aprendices afrontan situaciones de gran presión, tales como la adaptación a nuevos profesores y compañeros, el aprendizaje de nuevos contenidos en constante actualización, las reorganizaciones curriculares y a las exigentes y selectivas evaluaciones (Rosario et al., 2008).

Entre las numerosas definiciones de la ansiedad, una de las más citadas es la de Spielberger y Vagg (1995). Estos investigadores han conceptualizado la ansiedad ante los exámenes, en el ámbito de su teoría de rasgo-estado, como una característica específica, o rasgo, de personalidad. Más específicamente, este constructo se refiere a la disposición individual para exhibir estados de ansiedad de forma más intensa y frecuente de lo habitual, con preocupaciones, pensamientos irrelevantes que interfieren con la atención, concentración y realización en los exámenes.

Descripción ansiedad y amas de casa

En el trabajo de Ferrer, Bosch y Gili, (1998), encontraron que las amas de casa, visitan más al médico en general y a los diferentes especialistas y consumen más fármacos que las trabajadoras extradomésticas; además, manifiestan padecer más sintomatología aguda y más cantidad de enfermedades crónicas y valoran peor su estado de salud que las mujeres que trabajan fuera de casa. La autoestima parece relacionarse claramente con la salud mental (ansiedad, etc.) y en gran medida con la salud física, o al menos puede decirse que hay pruebas empíricas de su relación con conductas relacionadas con aspectos concretos de salud, a través de distintas culturas, en distintas edades y en distintas condiciones sociales; Sánchez, Aparicio y Dresch (2006) y Nyamathi, Stein y Bayley (2000) investigaron la relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima.

Pérez y Serra (1997) presentaron un estudio cuyo objetivo era analizar la influencia que distintos aspectos del rol tradicional femenino, tales como la ocupación laboral ama de casa, la feminidad y la tradicionalidad en las creencias en torno al rol de la mujer, tienen en la sintomatología ansiosa manifestada en mujeres adultas. Los resultados obtenidos indicaron, coincidiendo con investigaciones precedentes, que las mujeres con puntuaciones altas en femineidad manifiestan niveles más altos de ansiedad; del mismo modo, aparece una relación estrecha entre poseer unas creencias tradicionales acerca del rol femenino y las puntuaciones más elevadas en ansiedad. En cuanto a la ocupación, no se han encontrado diferencias significativas entre las mujeres que trabajan fuera de casa y las amas de casa.

Entre los primeros estudios que relacionan la condición de ama de casa y la salud mental de la mujer, destaca el de Gove y Tudor (1973). Según estos autores algunos cambios sociales ocurridos tras la Segunda Guerra Mundial (como la disminución del número de hijos, la discrepancia entre nivel de preparación educativa y tareas domésticas, la creciente influencia del movimiento para la igualdad de sexos, etc.), condujeron hacia una devaluación del papel del ama de casa. Defienden también que ser ama de casa conlleva una limitación en las posibles fuentes de gratificación respecto al hombre, ya que mientras éste dispone de la gratificación proveniente de su trabajo -ámbito público- y de la vida familiar -ámbito

privado-, en el caso de la mujer la fuente de gratificación queda reducida sólo a la familia. A esta limitación, los autores añaden ciertas características del trabajo del ama de casa entre las que destacan: que no exige cualificación, es un trabajo poco estructurado, con un escaso reconocimiento social, se realiza en condiciones de aislamiento de otros adultos, etc. Por todo ello, concluyen que este rol, típicamente femenino resulta la causa de las peores condiciones de salud mental de la mujer en relación al hombre.

En España hay más de seis millones de amas de casa en el sentido estricto de la palabra, es decir, mujeres que sólo se dedican a “labores del hogar”. Pero a esta cifra hay que añadir los cuatro millones de mujeres ocupadas que, al mismo tiempo, asumen las funciones de amas de casa. El trabajo de estos millones de mujeres españolas es, por tanto, en todos los casos, no remunerado, repetitivo, y por lo general, muy ingrato y sin ningún reconocimiento social. Cada vez está más claro que las amas de casa constituyen un grupo de riesgo de padecer, ansiedad, nerviosismo, manías y otras alteraciones de la salud. Y si bien es cierto que los estados de ansiedad del ama de casa no llegan, por lo general, a necesitar la hospitalización, no lo es menos, que no se detectan a tiempo y se cronifican o medican en exceso, con lo que se corre otro riesgo: el de recurrir a la medicación continuada (Arias, 2010).

Descripción ansiedad y toma de decisión

García (2004), comenta que la toma de decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática, en la que, además, hay una serie de sucesos inciertos. La primera etapa es el análisis de qué es lo que está haciendo la persona y de qué manera se ha bloqueado, y un modelo de cómo se toman las decisiones le puede ayudar para saber por dónde indagar. Hay modelos clásicos (Hastie, 2001) que se basan en el esquema de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971) y que se ha incorporado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos (Nezu, 2004).

Por supuesto que en la práctica clínica no se puede olvidar nunca que las personas no nacieron para ajustarse a los modelos y que hay que determinar para

cada paciente cómo se ha bloqueado, teniendo en cuenta que cada persona afronta la resolución de problemas de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de aprendizaje. Es el análisis de su método concreto, o la falta de él, lo que va a permitir ayudarlo eficazmente.

Tomar decisiones es por sí mismo un proceso que, hasta cierto punto, tranquiliza porque es el inicio del afrontamiento de un problema, ya estamos haciendo algo (pensar) para solucionar lo que nos agobia; aunque a veces no dirijamos la preocupación hacia el objetivo que nos causa malestar. En efecto, a veces, podemos llegar a preocuparnos de sucesos muy poco probables, rehuendo hacerlo de problemas acuciantes a los que no queremos o no podemos enfrentarnos (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).

Hay personas que soportan muy mal la incertidumbre. Hay que recordar que esta debilidad, para algunos autores, es el factor fundamental que lleva al trastorno de ansiedad generalizada (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998). La aceptación y exposición al caso peor es un camino terapéutico adecuado y eficaz para aprender a vivir con la incertidumbre. Afrontar el abandono de un objetivo por elegir otro será sencillo, si lo que se elige está de acuerdo con nuestros intereses a largo plazo, es decir, con nuestros valores; pero, cuando la pérdida de lo que dejamos atrás es importante, nos podemos aferrar indefinidamente al proceso de toma de decisiones intentando inútilmente conjugar lo incompatible. El aprendizaje de la aceptación del sufrimiento por la pérdida, puede ser necesario para poder salir de este bloqueo. El miedo a fallar puede ser totalmente paralizante. Podemos buscar inútilmente la lógica en una situación irracional, esperando datos que nunca llegarán, podemos delegar en otros la decisión para que se equivoquen ellos, podemos aplazar indefinidamente y repetidamente nuestra actuación, etc. Sabemos de la eficacia de nuestra labor de psicólogos para enseñar a vivir afrontando los riesgos que conlleva vivir con plenitud y responsabilidad (García, 2004).

Descripción ansiedad y trabajo

Para Cano (2002), la ansiedad es una emoción natural. Por lo tanto, la ansiedad guarda algunas similitudes con otras reacciones emocionales, tales como la

alegría, el enfado, la tristeza, el miedo, etc. La ansiedad es experimentada como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas de la ansiedad, el individuo debe ponerse en alerta. La reacción emocional puede observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

En este sentido, el estrés o ansiedad laboral es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en las organizaciones laborales (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005).

La revisión de la literatura permite concluir que se establece una relación positiva y significativa entre diferentes fuentes de apoyo social en el trabajo (Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayán y Schwartz, 2002; Greenglass, Burke y Konarski, 1997), y puede ser una ayuda para prevenir su aparición (Zellars y Perrewé, 2001), de manera que los individuos que tienen un fuerte sistema de apoyo social se recuperan mejor del estrés y de los traumas que aquellos que no lo tienen.

Cuando las personas perciben falta de honradez, reciprocidad, desequilibrio, o inequidad en sus intercambios sociales, experimentan ansiedad, tensión y estrés (Donnerstein y Hatfield, 1982). En esta línea, en el trabajo de Ferrer et al. (1998), se encontraron que las mujeres que trabajan fuera de casa desarrollan más conductas de riesgo para la salud mental y física (fumar e ingerir alcohol) y en más cantidad o frecuencia que las amas de casa.

La ansiedad y el estrés laboral dependen de múltiples factores, tanto situacionales como personales, por lo tanto son muchas las variables sobre las que podemos incidir para conseguir prevenir o reducir la ansiedad y el estrés. A nivel personal y de manera muy general, si tenemos en cuenta ambos tipos de factores (situaciones e individuos) cabría señalar algunas variables importantes sobre las que incidir (Cano, 2002), y que si no se cuidan, se puede llegar a sentir niveles altos de ansiedad y estrés:

1. La dieta
2. Descanso
3. Ejercicio físico
4. Organización
5. Solución de problemas y toma de decisiones
6. Interpretación de situaciones y problemas
7. Atribuciones y autoestima
8. Relaciones con los demás (pareja, amigos, compañeros, familia, etc.)
9. Entrenamiento específico en técnicas de control de ansiedad y estrés

Descripción hipocondrías

La hipocondría se incluye en las clasificaciones psicopatológicas actuales (DSM-IV y CIE-10) entre los trastornos somatoformes. Es decir, entre aquellas condiciones caracterizadas por la presencia de sintomatología física para la que los exámenes y pruebas médicas no revelan una alteración orgánica que la justifique o, de existir, es claramente desproporcionada a lo que cabría esperar por los hallazgos biomédicos. La clasificación de la hipocondría en este grupo de problemas, aunque se justifica por la presencia frecuente de síntomas físicos médicamente inexplicados, se ha cuestionado en la medida que el rasgo central de la hipocondría es la preocupación o ansiedad en relación con el estado de salud más que la presencia de molestias corporales inexplicadas (Fernández y Fernández, 2001). Así, el trastorno hipocondríaco de la clasificación psiquiátrica podría concebirse como el extremo de un continuo de ansiedad por la salud (Warwick y Salkovskis, 1990). A niveles de intensidad menor, la ansiedad por la salud puede tener interés por su asociación con otros rasgos clínicos tales como elevado malestar emocional, mayor presencia de trastornos emocionales a lo largo de la vida y afectación en el funcionamiento diario y en la calidad de vida (Robbins y Kirmayer, 1996). Además, las preocupaciones hipocondríacas pueden ser un predictor importante del mantenimiento de síntomas emocionales y síntomas somáticos (Tyrer, Seivewright y Seivewright, 1999).

Varios autores han enfatizado la asociación estrecha que hay entre los somatoformes, cuyo rasgo fundamental es la presencia de síntomas somáticos no explicables a partir de los hallazgos biomédicos, entre los que se incluye la

hipocondría y los trastornos de personalidad (Barsky, 1995; Bass y Murphy, 1995; Starcevic, 1990). De un modo general Leventhal, Diefenbach y Leventhal (1992), plantea que los factores de personalidad operan, al menos, de tres importantes maneras en la preocupación somática: una, sobre la atención a los estados somáticos; dos, en la interpretación de los estados somáticos y tres, sobre los procedimientos de control de las amenazas de enfermedad y los criterios de evaluación de los resultados de tales intentos.

Fernández y Fernández (1998) comentan que en el caso concreto de la hipocondría, la afectividad negativa o neuroticismo es una característica de personalidad estrechamente vinculada a las actitudes hipocondríacas según varios investigadores. Por otra parte, se ha indicado que la presencia de características hipocondríacas entre pacientes calificados como neuróticos (en los que predominarían niveles elevados de ansiedad) es predictiva de una mayor duración de los síntomas así como un ajuste a largo plazo más pobre (Bass y Murphy, 1995). Se han implicado varios mecanismos en la relación constatada Neuroticismo-Preocupación somática. De un lado, los estados emocionales negativos incluyen manifestaciones psicofisiológicas responsables de un mayor nivel de estimulación interna y sensaciones somáticas. Lo que se afirma es que la experiencia de síntomas somáticos y la preocupación e información de los mismos tienden a darse conjuntamente y a variar influidas en gran medida según el neuroticismo o disposición afectiva negativa subyacente de la persona.

No obstante, se ha reconocido que esta tendencia no es lineal, es decir, la persona puede experimentar numerosos síntomas somáticos funcionales sin que manifieste excesiva preocupación por los mismos (Kirmayer y Robbins, 1991; Kellner, 1985; Mechanic, 1972). Así, en el inicio del trastorno se suelen dar situaciones vitales estresantes que actúan como desencadenantes (padecer alguna enfermedad grave, muerte de algún conocido...) y las pautas de pensamiento, afecto y conducta que se ponen en marcha son claves a la hora de explicar el mantenimiento del problema (Warwick y Salkovskis, 1990; Salkovskis, 1989; Warwick, 1989).

Descripción de hemofobia

De acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995 y 1994) en las fobias específicas se da un miedo intenso y persistente que es excesivo o irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicos: animales, lugares cerrados, alturas, oscuridad, tormentas, vuelos, ver sangre, recibir inyecciones (intravenosas, musculares), intervenciones médicas (dentales, por ejemplo), tragar alimentos sólidos, conducir un coche, aguas profundas, etc. Conviene matizar que en la fobia a la sangre suelen aparecer náuseas y desvanecimiento y no siempre se da el miedo. Como consecuencia de la exposición al estímulo fóbico, se produce una respuesta inmediata de ansiedad que puede llegar incluso a ataque de pánico; en los niños la ansiedad puede manifestarse mediante lloros, rabieta, inmovilidad o aferrarse a otra persona. Los adultos, pero no necesariamente los niños, reconocen que su miedo es excesivo o irracional (Bardos, 2005).

En comparación al DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (OMS, 2000b) requieren la presencia de síntomas de ansiedad (de la misma lista de 14 síntomas citada para el pánico) que se hayan manifestado en algún momento desde el inicio del trastorno. El DSM-IV distingue los siguientes tipos de fobias específicas (American Psychiatric Association, 1995 y 1994):

- Animal. El miedo es causado por uno o más tipos de animales. Los animales más temidos son las serpientes, arañas, insectos, gatos, ratas, ratones y pájaros (Antony y Barlow, 1997).

- Ambiente natural. El miedo es provocado por situaciones naturales: tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad.

- Sangre/inyecciones/heridas (SIH). El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas, por recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasoras, por la realización de un análisis de sangre y/o ver o hablar de intervenciones quirúrgicas. También se han incluido en este apartado el miedo a los hospitales, ambientes médicos y dentales, instrumental médico y olores de medicinas, aunque no está claro

si constituyen una subtipología. Estos fóbicos no temen la visión de su sangre menstrual o la manipulación de carnes rojas.

- Situacional. El miedo es inducido por situaciones específicas tales como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.

- Otro tipo. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos. Se incluyen situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad (cáncer, SIDA); la fobia a los espacios (miedo a caerse si no se está cerca de paredes o de medios de sujeción); y los miedos de los niños a los ruidos fuertes y a las personas disfrazadas.

Un leve miedo a la sangre se da en muchos niños y adultos, pero sólo un 2-3% pueden considerarse fóbicos a la SIH. Esta fobia es más frecuente en mujeres y la edad media de inicio es a los 9 años. La fobia a la SIH puede conducir a la evitación de intervenciones médicas importantes para la salud del paciente (operaciones, transfusiones), a evitar embarazos, a dejar de lado ciertos estudios (enfermería, medicina) y a no poder visitar o atender a personas heridas, aún siendo muy significativas. La mayoría de los fóbicos a la sangre (69%) son también fóbicos a las inyecciones, pero sólo una minoría de estos últimos (31%) tienen fobia a la sangre (Öst, 1992).

En la fobia a la SIH son frecuentes el mareo, el sudor, la palidez, las náuseas (sin vómitos), la hipocapnia, al asco y el desvanecimiento, aunque éste suele ser muy breve. En muestras clínicas, el 70% de los fóbicos a la sangre/heridas y el 56% de los fóbicos a las inyecciones/pinchazos en vena tienen una historia de desmayo en situaciones fóbicas (Öst, 1992) y pueden incluso desmayarse al oír hablar de las mismas. La historia de desmayo ha sido menos frecuente (25%) en un estudio comunitario en que se identificaron fóbicos a la SIH, fuera este su diagnóstico principal o no (Bienvenu y Eaton, 1998).

Los clientes que se desmayan suelen ser más ansiosos que los que no se desmayan y además muestran una mayor perturbación y disfunción en situaciones

estresantes. No está claro en que sexo aparece el desmayo con mayor frecuencia. La edad media para el primer desmayo inducido por la sangre es de 13 años (Edelmann, 1992).

La anticipación del desmayo puede producir ansiedad. Es común la aprensión sobre las sensaciones físicas experimentadas (mareo, náuseas, dolor) y la sensación de asco o repugnancia; esta emoción parece ser más dominante que la del miedo (Koch, O'Neill, Sawchuk y Connolly, 2002).

La fobia a la SIH produce una respuesta difásica en la que el citado incremento es seguido en breve (de segundos a cuatro minutos) por una rápida caída de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco (30-45 pulsaciones por minuto), lo cual puede conducir al desmayo caso de seguir en la situación fóbica sin hacer nada al respecto. No todos los fóbicos a la SIH presentan la respuesta difásica. Por otra parte, un 5-15% de la población general se desmayan al ver sangre (Page, 1994). Conviene tener en cuenta que los fóbicos a la SIH sólo presentan la respuesta difásica mencionada ante los estímulos de sangre, pero no ante otros estímulos fóbicos o estresantes.

Page (1994) y Sandín (1997) han distinguido tres tipos de fobias a la sangre de acuerdo a los supuestos procesos etiológicos implicados:

- a) la fobia a la sangre asociada con ansiedad anticipatoria, rasgo de ansiedad y susceptibilidad al daño,
- b) la asociada con anticipación del desmayo y susceptibilidad al asco, y
- c) la que combina los mecanismos anteriores.

APÉNDICE E. Descripción problemáticas con estado de desánimo

Estado de desánimo (depresión, depresión por desempleo, duelo, esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar):

Descripción estado de desánimo (depresión)

Los síntomas que nos describe Beatriz (llanto diario, idea de suicidio, duración en el tiempo, pérdida de peso, sentimiento de inutilidad), coinciden con varios de los síntomas descritos por Gastó y Navarro (2007).

Gastó y Navarro (2007), del Hospital Clínico de Barcelona resumen los criterios diagnósticos de depresión mayor:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el síntoma uno o el síntoma dos.

1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, por ejemplo, se siente triste o vacío, o la observación realizada por otros, por ejemplo, llanto.

2.- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

3.- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4.- Insomnio o sueño excesivo casi cada día.

5.- Inquietud o lentitud casi cada día.

6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o incoherentes casi cada día.

8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Según el DSM IV (American Psychiatric Association, 1995), el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores como por ejemplo, al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión (cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora: falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas). Un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Frases de Boris como “vida se estuviera diluyendo y quiero que llegue el momento en que se acabe”, o “estoy deshecho soy incapaz de tomar la decisión”, entre otras, además de la pérdida de peso, corroboran un fuerte estado depresivo.

Otras frases como: “Estoy muy desanimado. Creo que no valgo para nada, nadie me quiere. No me veo con fuerzas. Estoy bloqueado. Me da miedo encontrar y después no poder cumplir. Estoy perdiendo la ilusión por las cosas. Me cuesta decidirme. El desorden de vida va instaurándose. Me siento muy desmotivado y sin energías. Me cuesta dormir por la noche, y luego me despierto entre horas y a la mañana muy pronto”, engloban la depresión, que es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad; el episodio debe durar al menos dos semanas (Louro et al., 2008).

Tabla 1. *Factores de riesgo y procesos asociados a la depresión*

Antecedentes familiares de depresión	Trastornos de ansiedad	Distimia
Rasgos de personalidad neurótica	Enfermedades cardiacas	Consumo de alcohol y tabaco
Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad)	Enfermedades endocrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Adisson y amenorrea hiperprolactinémica)	Polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina
Pobreza	Estrés crónico	Consumo de drogas

Fuente: Louro et al. (2008)

Carlos nos comenta que su madre sufrió depresión, por lo que tiene antecedentes familiares; sus circunstancias laborales tampoco juegan a su favor; parece que se siente muy solo y con pocas posibilidades de comenzar una relación. Además, económicamente no se puede permitir ciertas cosas que le puedan ayudar a salir adelante. Sus circunstancias le están llevando a acumular niveles de estrés altos que va descargando chateando. Por lo tanto, según vemos en la Tabla 1, tiene varios factores de riesgo que no juegan a su favor.

Su situación de desempleo también es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva. El hecho de no tener trabajo se asocia con una pobre y confusa percepción de sí mismo. Donovan y Oddy (1982), por su parte, llegaron a la conclusión de que los jóvenes desempleados eran más depresivos y ansiosos, tenían más baja autoestima y socialmente estaban menos adaptados que los que tenían trabajo. También Feather (1982) observó mayores niveles de depresión en los jóvenes desempleados y más baja autoestima que en los jóvenes ocupados. La baja autoestima y la apatía para encontrar trabajo estaban asociadas con la duración del desempleo.

Descripción estado de desánimo (depresión) por desempleo

Los estudios e investigaciones acerca de la realidad y del desempleo de masas en Europa Continental, Gran Bretaña y Estados Unidos desarrolladas por Díez (2006), determinan que, además de la importancia que suponen las carencias materiales, las consecuencias psicológicas son muy significativas; en este sentido, los trastornos psicológicos y las nuevas estructuras mentales rigen la vida del parado: el tiempo es ilimitado, la jornada transcurre interminable entre el hogar, la calle, las bibliotecas, etc. Anímicamente, el desempleado transita por la resignación, el pesimismo y el fatalismo, incluso se ha demostrado un aumento espectacular de los casos de suicidio (Díez, 2006; Fagin, 1987).

La relación entre trabajo y sociedad y la importancia que el trabajo tiene en la vida humana son aspectos que proporcionan la perspectiva adecuada para analizar y poder comprender las principales dimensiones del paro laboral. En este sentido una veterana en el estudio del desempleo, Jahoda (1979) ha propuesto un sistema para entender la situación que atraviesa el desempleado. Para ello distingue entre las funciones manifiestas y las funciones latentes del empleo. Las funciones manifiestas del empleo, como son el salario y las condiciones de trabajo, son las que más a menudo justifican los sentimientos negativos de los trabajadores hacia el empleo. Las funciones latentes del empleo son aquellas que justifican la motivación positiva de los trabajadores hacia el empleo, incluso cuando el salario y las condiciones de trabajo no son buenas. Jahoda (1979) señala cinco funciones latentes:

- (1) el empleo impone una estructura del tiempo;
- (2) implica regularmente experiencias compartidas y contactos con la gente fuera del núcleo familiar;
- (3) vincula al individuo a metas y propósitos que rebasan el propio yo;
- (4) proporciona un status social y clarifica la misma identidad personal; y
- (5) requiere una actividad habitual y cotidiana.

El desempleo no significa solamente un individuo sin recursos económicos o sin trabajo remunerado, significa también y principalmente una persona que ha perdido su trabajo. Significa una persona en cierta manera mutilada, lo cual podría

descubrir algunas de las claves tanto de ciertos comportamientos sociales como de algunos trastornos afectivos o psicofisiológicos (Sasseville y Grinberg, 1987; Amiel, 1985; Viney, 1985; Schwefel, 1984).

Coincidiendo con Buendía (2001), que comenta que el impacto psicológico que produce el desempleo es considerado como uno de los eventos de vida más estresantes (el aumento de sintomatología depresiva, los sentimientos de inseguridad y de fracaso, la pérdida de autoestima y el deterioro de las relaciones familiares y sociales), diversos autores al referirse a los efectos del desempleo hablan también de pérdida de autoestima, de sentimientos de inseguridad y de fracaso, de una experiencia de degradación social, de vergüenza o sentimientos de culpa etc., todo lo cual revela un cambio importante en el autoconcepto del individuo (Sheeron y Abrams, 1994; Tennen y Herzberger, 1987; Apple, 1986; De Grace y Joshi, 1986; Shamir, 1986; Borrero, 1980). En este sentido, tal vez el aspecto más importante en la situación de desempleo es que uno de los efectos psicológicos más significativos que se producen, posiblemente sea el aumento de la autoconciencia hasta un grado a veces que puede resultar enfermizo (Kelvin y Jarrett, 1985).

Por otro lado el desempleo afecta también a las relaciones con los otros. La reducción de contactos sociales y el deterioro de las relaciones familiares son así mismo consecuencias demasiado frecuentes (Buendía, 1990).

Pero esta situación de desempleo es vivenciada de manera diferente según el tipo de recursos psicológicos que cada persona pueda desarrollar, y por la forma particular de cada individuo de percibir las situaciones. De igual forma las consecuencias del paro dependen de variables como el sexo, edad, duración del desempleo, recursos económicos, o apoyos sociales, expectativas de encontrar empleo, valor o compromiso establecido con el trabajo, así como de rasgos idiosincrásicos y de personalidad diferenciales (Artazcoz, Benach, Borrell y Cortés, 2004; Frese y Mohr, 1987; Vinokur, Caplan y Williams, 1987; Fryer y Payne, 1984; Jackson y Warr, 1984). El enfoque resolutivo se centra en la atención especialmente de los factores moderadores de su impacto, entre los que sobresale el apoyo social percibido que facilita las dimensiones cognitivas de resolver problemas y reafirma la

propia identidad individual, aumentando así las estrategias de afrontamiento (Buendía, 1990).

Feather y Davenport (1981) realizaron un estudio con 212 jóvenes desempleados y los resultados demostraron que los sujetos que indicaron en sus puntuaciones estar altamente motivados para conseguir empleo, daban también puntuaciones más altas en sentimientos depresivos (como es el caso de Daniel, usuario de nuestro programa Telecuidado). Los sujetos con mayores niveles de sentimiento depresivo eran menos propensos a culparse a sí mismos por su desempleo y más propensos a culpar a las dificultades externas, tales como el estado de la situación económica. Estos autores comentan que han pasado más de cuarenta años desde que Eisenberg y Lazarsfeld (1938) publicaran su revisión de los efectos psicológicos del desempleo en la época de la Gran Depresión, y en los años treinta. Describieron los efectos devastadores del desempleo en el bienestar psicológico para aquellos que lo sufrían: apatía, resignación, dudas sobre sí mismo, depresión, baja autoestima, etc.

Fagin (1987), describe la respuesta al desempleo como un conjunto predecible de fases similares a otras experiencias de privación, tales como la aflicción por la muerte de un ser querido (Kasl, Gore y Cobbs, 1975). La patología en el desempleo, tanto física como psicológica, es observable. Los síntomas de depresión en personas desempleadas se caracterizan por sentimientos de tristeza, desesperación y autoinculpación irracional. En un estudio realizado por Gascón, Olmedo, Bermúdez, García y Ciccotelli (2003) con dos amplios grupos de desempleados y empleados y comprobaron que los primeros informaban de un mayor número de quejas somáticas que los segundos.

Hinkle (1974), demostró que los individuos con una rica estructura de relaciones sociales mantenían mejores niveles de salud que los sujetos con núcleos más reducidos, a pesar de que ambos grupos estuvieran expuestos a situaciones vitales amenazantes. El apoyo social tiene una relación indirecta con la salud al incrementar las habilidades de afrontamiento del estrés, pero la relación también es directa (Ullah, Banks y Warr, 1985). Una adecuada red de relaciones sociales modifica la severidad de las respuestas psicológicas y de salud de los desempleados.

Descripción duelo

Las personas tienden a asimilar la pérdida (o idea de pérdida) de un ser querido, en el caso de Virginia una mascota, de diferentes formas. No existe una forma correcta de asimilar la muerte. La forma en la que una persona en particular manifiesta su pena y tristeza dependerá mucho de su personalidad y de la relación que tuvo con el/la fallecido/a. La manera en la que una persona asimila el desánimo está afectada por su propia experiencia con la enfermedad, la forma en que se desarrolla la misma, las características culturales y religiosas del individuo, la forma en que afronta situaciones difíciles, su historial de salud mental, los sistemas de apoyo a su disposición, y su estado económico y social. El duelo es un proceso mediante el cual la persona se adapta a la pérdida y consiste en una reacción cultural ante una pérdida. El duelo incluye el proceso de incorporar la experiencia de la pérdida en la vida de la persona, y se ve influenciado por costumbres culturales, rituales, y las reglas sociales sobre cómo lidiar con la pérdida (Gómez, 2004; Labrador, Cruzado y Muñoz, 2003).

Fernández y Rodríguez (2002), describen el duelo como el proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud o el empleo,...) se adapta y se dispone a vivir sin ello. Se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo.

Se han propuesto repertorios de fenómenos o síntomas que suelen estar presentes en los procesos de duelo. La Tabla 2 presenta un ejemplo de éstos. Se trata de repertorios que son útiles en la medida en la que permiten que el clínico tenga constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal. El inconveniente de estos repertorios es que pueden transmitir la idea de una especie de cuadro fijo y hacer olvidar que el duelo es un proceso, con una historia, en la que unos y otros se suceden o se simultanean. Fernández y Rodríguez (2002) elaboran esta tabla basándose en Worden (1991), en la que hablan de “tareas” y no de estadios como Kübler-Ross (1993) o de fases como Parkes (1998), porque el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto, y no un mero

pasar por distintas etapas y, además, porque no se presta al equívoco de pretender que hay un determinado orden preferible o sano en el que deberían sucederse las cosas y permite moverse mejor a través de las diferencias individuales, que pueden ser muy variadas en función de las características personales del doliente, la naturaleza de la relación con lo perdido, o el contexto en el que se produce la pérdida y la supervivencia.

Tabla 2. *Síntomas presentes en los procesos de duelo*

SENTIMIENTOS	Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y auto-reproches, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional,...
SENSACIONES	Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño,...
COGNICIONES	Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivoides, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto,...
ALTERACIONES PERCEPTIVAS	Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia,...
CONDUCTAS	Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido,...

Fuente: Fernández y Rodríguez (2002, p. 221)

El duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE-10 (OMS, 1992) clasifica

dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Descripción esquizofrenia paranoide

La esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado, entre otros aspectos, por presentar una serie de déficits cognitivos a los que se ha prestado una gran atención en las últimas décadas (García, Fuentes y Ruíz, 2006). Durante este tiempo la mayoría de los estudios neuropsiquiátricos sobre la esquizofrenia se han centrado en desórdenes en procesos cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención o memoria. Sin embargo, desde mediados de los 90 la investigación ha cambiado en buena medida su foco de atención redirigiéndolo hacia la cognición social (Brüne, 2005). Los problemas comportamentales de tipo social o de funcionamiento social son característicos en la esquizofrenia, frecuentemente preceden también al desencadenamiento de la psicosis, suelen empeorar en el transcurso de la enfermedad y contribuyen a aumentar el número de recaídas (Pinkham, Penn, Perkins y Lieberman, 2003). Este cambio de atención se ha sustentado en la hipótesis de que la cognición social podría explicar en buena medida el deterioro en el funcionamiento social que se da en la esquizofrenia.

Los síntomas de otros trastornos mentales, especialmente la depresión y otros síntomas del estado de ánimo, pueden darse también junto con la esquizofrenia. Tanto si se trata de síntomas como si son trastornos asociados a la enfermedad, estas manifestaciones pueden agravar el pronóstico de manera notable y, a menudo, requieren que se les preste una atención y una planificación terapéutica específicas. Las alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento o los procesos mentales pueden anunciar la aparición de un episodio agudo con consecuencias que pueden ser graves (American Psychiatric Association, 1995).

Para Bleuler (1908), los síntomas melancólicos, de depresión anímica, inhibición del pensamiento y de la acción, son una de las perturbaciones agudas más frecuentes en la esquizofrenia. La depresión en la esquizofrenia presenta también sentimientos penosos e inhibición depresiva que puede llegar a la inmovilidad. El individuo puede cometer brutales intentos de suicidio. En este sentido y de acuerdo a

Vidal y Alarcón (2000) las esquizofrenias son la población psiquiátrica de mayor riesgo de suicidio aunque el aplanamiento afectivo parece encubrir el espectro de lo depresivo. Sin embargo, cabe destacar que los síntomas depresivos en la esquizofrenia son reconocidos desde las primeras descripciones de la enfermedad (Bleuler, 1908), incluso este autor llega a decir que el comportamiento suicida es el más grave de todos los síntomas esquizofrénicos.

Los tratamientos farmacológicos son un elemento indispensable en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia; los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento. Sin embargo, otras medicaciones, como los estabilizantes del estado de ánimo, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.

Habitualmente, se asocia la fenomenología paranoide al diagnóstico de psicosis, en forma de ideas poco sistematizadas para el caso de la esquizofrenia, o de delirios organizados de corta o larga duración según se trate de los delirios agudos o de la paranoia propiamente dicha, respectivamente (Vidal, 2000; Garrabé, 1993). En ello coinciden los diversos autores, si bien con diversos matices, desde los más clásicos a los contemporáneos que a partir del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) siguen una línea puramente descriptiva (Hales, Yudofsky y Talbott, 1996; Kaplan, Sadock y Grebb, 1996), pasando por clínicos modernos cercanos a nosotros como Ey (1969) o el mismo Castilla Del Pino (1980). Posteriormente, Rebok, Díaz y Pérez (2008) se plantean las dificultades diagnósticas que subyacen a la clínica de la paranoia y su relación con la personalidad y la biografía del paciente y rescata la octava edición del Tratado de Kraepelin, que definió la paranoia como un delirio de comienzo insidioso y evolución crónico, originado en causas internas, bien sistematizado, carente de alucinaciones, a mecanismo interpretativo, y sin deterioro de la personalidad (Colodrón, 1990; Kraepelin, 1913).

Descripción trastorno bipolar

Holmgren et al. (2005) comentan que el trastorno bipolar es reconocido hoy como una enfermedad severa e incapacitante. Los pacientes bipolares muestran desventajas serias en parámetros sociales. Los pacientes bipolares reportan

dificultades en el ajuste social principalmente en áreas de trabajo y descanso y sentimientos de baja autoestima aún después de remisión de fases (Blairy et al., 2004). La disrupción social estaría en relación con la duración de la enfermedad y las hospitalizaciones frecuentes. La evolución del desorden Bipolar se acompaña de altas tasa de desempleo, educación inconclusa, soltería, problemas de vivienda y otros (Abood, Sharkey, Webb, Kelly y Gill, 2002). Los estresores psicosociales pueden precipitar recaídas de la enfermedad y por lo tanto un contexto social desfavorable justifica la incorporación de estos pacientes en programas de rehabilitación estructurados e intensivos para mejorar su calidad de vida.

La remisión completa sin recaídas en un año se asocia al reporte de mayor apoyo social (Johnson, Lundström, Aberg-Wistedt y Mathé, 2003). Siendo la farmacoterapia la base fundamental del tratamiento del trastorno bipolar, las intervenciones psicosociales estructuradas se han validado como un medio efectivo de contribuir a la mantención de la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas (Callahan y Bauer, 1999). Considerando que las intervenciones psicosociales están orientadas a favorecer la adherencia al tratamiento y prevenir la ocurrencia de recaídas, se requiere de intervenciones orientadas a objetivos estratégicos en una serie de puntos críticos.

Akiskal y Benazzi (2006) comenta que en el DSM-IV-TR y el CIE-10, el trastorno bipolar se concibe como un espectro de trastornos que se suceden en un continuo. El DSM-IV-TR lista cuatro tipos de trastornos del estado de ánimo que se ajustan en la categoría de bipolar: Trastorno bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, ciclotimia y Trastorno bipolar no especificado.

Trastorno bipolar tipo I:

El trastorno bipolar tipo I se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

Trastorno bipolar tipo II:

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaníacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) y un historial con al menos un episodio de depresión mayor. Puede darse psicosis en episodios de depresión mayor y en manía, pero no en hipomanía. El trastorno bipolar II que se da más frecuentemente, se caracteriza normalmente por al menos un episodio de hipomanía y al menos otro de depresión.

Ciclotimia:

La ciclotimia implica la presencia o historial de episodios hipomaníacos con periodos de depresión que no cumplen los criterios de depresión mayor. El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de depresión mayor. La idea principal es que existe un ciclado de grado bajo del estado de ánimo que aparece ante el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función. Hay variaciones de este trastorno. Los estados de ánimo cambian rápidamente (en un año se pueden manifestar entre cuatro o más cambios de ánimo) como también pueden cambiar lentamente. Una vez estabilizado el paciente se reencuentra con su vida social, laboral, e incluso afectiva, evitando escaparse de sí mismo y de su entorno, para así estar en convivencia con su pareja, amigos y familiares. Hay un estudio que muestra un incremento en la creatividad de las persona que sufren este trastorno, con lo cual logran obtener ciertas metas y objetivos (Johnson, 2005).

Trastorno bipolar no especificado:

El trastorno bipolar no especificado es un “cajón de sastre”, diagnóstico que se utiliza para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas. Si un individuo parece sufrir claramente de algún tipo de trastorno

bipolar pero no cumple los criterios de alguno de los subtipos mencionados más arriba, se le asigna el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado.

APÉNDICE F. Descripción problemáticas con estado de soledad

Estado de soledad (soledad y burn-out).

Descripción soledad

Ruiz (2001), afirma que es fundamental diagnosticar correctamente la soledad y determinar si en realidad existe, porque muchas personas se definen como “solas” sin serlo en realidad. Para aclarar el diagnóstico en este sentido, el autor nos define soledad como la ausencia, real o percibida, de relaciones sociales satisfactorias, que se presenta con síntomas de trastornos psicológicos y desadaptación, como insomnio, abuso de drogas y alcoholismo. Y añade detalladamente que los individuos que sufren soledad, tienen carencia de:

1. una persona cariñosa de quien depender,
2. alguien que lo atienda,
3. oportunidad de expresar sentimientos íntimos a otra persona,
4. un grupo de amigos del cual sentirse parte,
5. alguien que necesite de su amor,
6. alguien que lo desee físicamente,
7. personas con quienes compartir valores e intereses,
8. amigos para compartir actividades recreativas,
9. relaciones en el trabajo,
10. un sentido de confianza en los amigos íntimos,
11. intimidad física en forma regular,

Ruiz (2001) nos describe dos tipos de soledad:

1. *Soledad crónica* en aquellas personas que no han sido capaces de establecer relaciones satisfactorias por un período de varios años y por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven; o la adultez joven y la edad madura.

2. *Soledad temporal*, que incluye un estado de ánimo breve y ocasional de soledad, por ejemplo después del trabajo, o durante los fines de semana.

En el caso de Urko, se trataría, según la clasificación de este autor, de soledad temporal, ya que son momentos puntuales. Carece claramente de una persona cariñosa de quien depender, alguien que lo atienda, oportunidad de expresar sentimientos íntimos a otra persona, alguien que necesite de su amor, alguien que lo desee físicamente e intimidad física en forma regular.

Otro autor que habla sobre la soledad (Conesa, 2004), la describe como una condición que puede ser confundida a menudo con la depresión. Comenta que la soledad y la depresión van muy frecuentemente cogidas de la mano, y que muchos expertos creen que las personas con soledad deben ser tratadas como si sufrieran depresión. Por supuesto, cada persona sufre soledad de tanto en tanto, pero la soledad debilitante se caracteriza por una sensación de miseria, de desesperanza y por unas expectativas de la vida poco realistas, y por sentirse marginado de los demás. Las personas tímidas pueden tener cierta predisposición a tener sentimientos de soledad.

Según Meiler (2010), el sentirse solo es una sensación interna que nos embriaga y se conecta instantáneamente con nuestras fibras más íntimas. En el caso de Patricia, drena su energía, y le torna en un ser vulnerable y dependiente. La soledad profunda puede empañar nuestros sentidos y nubla nuestra capacidad de decisión. A veces nos desesperamos por un poco de cariño e incluso bajamos los estándares mínimos de buen trato, respeto o autoestima que en otro momento sostendríamos. Mendigar afecto desdibuja quiénes realmente somos y nos convierte en meras sombras de nuestra personalidad.

Según el autor Garcés (2009), hay varios mensajes importantes que la tristeza o el sentimiento de soledad podrían dar, pero destaca uno de ellos que podríamos identificar en Patricia; se refiere a la siguiente frase: estar dependiendo de los demás para ser feliz. Con este mensaje el autor quiere decir que cuando esperamos que los demás nos hagan sentir bien, o que nos den lo que queremos, y esto no sucede así, entonces nos sentimos frustrados, defraudados y traicionados, con todos los sentimientos y emociones que estas sensaciones conllevan.

Descripción burn-out

La incorporación a la familia nuclear de una persona, bien sea un enfermo, bien sea un anciano, que por distintas circunstancias no pueda vivir independientemente, va a modificar las relaciones familiares y no siempre de un modo favorable. Mientras esa persona desempeñe algún papel y mantenga su autonomía, las relaciones familiares puede que se desarrollen sin dificultad. Los problemas aparecen cuando esa persona se convierte en un ser dependiente que necesita ciertos cuidados. En estos casos, cuidar a un enfermo o a un anciano supone una carga económica, una reorganización de la vida cotidiana familiar y en algunos casos un cambio de papeles entre padres e hijos de difícil asunción por ambos (Algado, Basterra y Garrigós, 1997), lo que supone en muchos casos un aislamiento y abandono de ciertos hábitos gratificantes.

Como señalan Bazo y Domínguez (1996, p. 54): “para conseguir la inclusión social de una parte de la población -las personas ancianas o no, dependientes- se produce la exclusión social de otra parte de la población: las personas cuidadoras”.

Los cuidadores tienden a representarse como personas sobrecargadas con sentimiento de soledad, con escasa preparación para desempeñar su rol, necesitadas de servicios y de cuidados profesionales, no como creadores de formas nuevas de cuidado, implicados en una tarea continua de resolver problemas, de hacer posible el cuidado en situaciones de gran adversidad (De la Cuesta, 2007). Poderlos ver de esta manera en sus fortalezas y no sólo en sus carencias, es un desafío. Tenemos que saber de las crisis, de las necesidades así como de las fortalezas de las familias para el cuidado. Las posibilidades de potenciar el cuidado del otro están ahí. Sólo hay que verlas y comprometerse con un cuidado que como señala Collière (1999) promueva la vida.

En concreto, López (2001) describe tres elementos definitorios del síndrome del quemado. En primer lugar, la existencia de un agotamiento emocional, la sensación de no poder dar más de sí mismo como persona y la sensación de estar solo ante la situación que está viviendo. Los modelos explicativos del síndrome nos dicen que ante este agotamiento emocional las personas desarrollarán unos

mecanismos de defensa que les lleva al segundo elemento constitutivo del síndrome: la despersonalización, entendida no en el término psiquiátrico sino como alejamiento de las personas que atiende y con las que se relaciona, adoptando una actitud despectiva y agresiva. El tercer elemento del síndrome, y que se desarrolla de forma paralela al agotamiento emocional, es la baja realización personal en el trabajo, que no es percibido como satisfactorio ni retador.

El aislamiento y estrés en estos casos, puede tener unos efectos directos sobre el organismo causando enfermedades: hipertensión, nivel de colesterol, asma, alergias, afecciones dermatológicas, quejas de fatiga crónica, trastornos del sueño, dolores frecuentes de cabeza y estómago, dolores musculares, úlceras, desórdenes gastrointestinales, alteraciones menstruales, cambios en la reactividad del sistema inmunológico, pérdida o aumento de peso.

De la Cuesta (2007) concluye que el cuidado se está convirtiendo en un asunto familiar con cada vez mayor relevancia y peso. Los estudios de investigación muestran que los cuidadores familiares requieren un apoyo tanto técnico como emocional, deben ser considerados clientes y no meros instrumentos de cuidado. El profesional de enfermería puede preparar y apoyar al cuidador para manejar las distintas etapas de la enfermedad y los cambios, puede anticipar las crisis así como detectar prácticas de no cuidados.

APÉNDICE G. Descripción grupo sin problemáticas (control)

Sin problemática (grupo control) (impulsos y agresividad, impulsos y ludopatía, impulsos y sexo, conflicto de pareja, trastornos de alimentación, información general, deporte y psicología y Tdah).

Descripción control de impulsos y agresividad

Los trastornos en el control de impulsos se definen como la incapacidad para resistir o manejar un impulso que es peligroso para otros o para sí mismo, de etiología desconocida y curso crónico que suele verse agravada por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. El impulso es una sensación de tensión que se va incrementando hasta el momento de cometer el acto, para luego del mismo, experimentar placer y gratificación o simplemente la liberación de la tensión acumulada. Esta acción puede o no verse acompañada de culpa o autoreproche (American Psychiatric Association, 1994). Los trastornos que se incluyen en esta categoría son:

- Trastorno explosivo intermitente.
- Cleptomanía.
- Piromanía.
- Juego patológico.
- Tricotilomanía.

Nacho encaja con el trastorno explosivo intermitente (Tabla 1) que es un episodio de agresión que conduce a daños en otros y que pueden ser precedidos por un aura. En algunas ocasiones la intensidad de los mismos puede incrementarse con el tiempo. Es más común en hombres con historia familiar positiva. Debe diferenciarse del trastorno explosivo aislado en el que sólo se presenta un episodio breve de violencia con conducta desproporcionada. Entre los episodios pueden encontrarse signos de impulsividad generalizada y agresividad. En individuos con trastorno de personalidad narcisística, obsesiva, paranoide o esquizoide pueden presentarse episodios explosivos de rabia cuando son sometidos a situaciones estresantes.

Tabla 1. *Trastorno explosivo intermitente según el DSM-IV*

A- Diversos episodios de pérdida de control de los impulsos agresivos que lleva a serios actos de asalto o destrucción de una propiedad.

B- El grado de agresividad es desproporcionado con los estresores psicosociales precipitantes.

C- Los episodios agresivos no son debidos a otro trastorno mental (trastorno de personalidad antisocial, borderline, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno de conducta o déficit de atención / hiperactividad) ni a los efectos fisiológicos de una sustancia o una condición médica general (como trauma craneal o enfermedad de Alzheimer)

Fuente: American Psychiatric Association (1994, p. 628).

Descripción control de impulsos y ludopatía

Comenta Sánchez (2003) que el juego patológico es considerado actualmente como un trastorno del control de los impulsos por los sistemas de clasificación diagnósticos y que posee numerosas semejanzas con los trastornos por dependencia de sustancias, por lo que las estrategias de intervención que se utilizan, derivan de la experiencia clínica en el tratamiento de las drogodependencias. La terapia cognitivo-conductual es la mejor validada actualmente para el abordaje de este trastorno. El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación, el ataque al aburrimiento han estado a la base del juego en todos los tiempos (González, 1989).

En la actualidad se puede decir sin ningún género de dudas, que el juego patológico es un grave problema social que afecta a miles de personas en nuestro país y que provoca en los afectados importantes problemas personales, familiares, laborales y económicos, problema que no es exclusivo de nuestro país (Grant y Kim, 2001).

El auténtico reconocimiento del juego patológico como una entidad nosológica propia, se sitúa en 1980 cuando la APA la introdujo bajo la denominación de “juego patológico” en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). En este año se definen por primera vez unos criterios diagnósticos específicos que contribuyeron a crear las condiciones necesarias para el desarrollo de la investigación sobre este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1979), la incluyó sin embargo como una categoría diagnóstica en la siguiente revisión, la CIE-10 (OMS, 1993 y 1992). Tanto la APA como la OMS consideran el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos.

Como grupo, los trastornos del control de los impulsos comparten una serie de características (Ibáñez y Saiz, 2001):

a) dificultad para resistir un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás. El individuo puede ofrecer o no una resistencia consciente a dicho impulso, y la realización del acto en sí puede o no ser premeditada y planificada;

b) antes de cometer el acto, en general el sujeto percibe una progresiva sensación de malestar emocional, en forma de tensión o activación interior;

c) durante la realización del acto, el individuo experimenta placer, gratificación o liberación. Esta característica supone, por sí misma, que el acto es egosintónico, ya que concuerda con los deseos conscientes inmediatos del sujeto (en contraste con los síntomas compulsivos);

d) después de realizar el acto pueden o no aparecer sentimientos negativos como arrepentimiento, autorreproches, culpa, vergüenza o remordimientos, cuando se consideran sus consecuencias.

Tabla 2. *Criterios diagnósticos de juego patológico según el DSM-IV*

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B. Comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Fuente: American Psychiatric Association (1994, p. 634)

Por su parte, el DSM-IV (Tabla 2) sigue considerando, como el DSM-III-R, que los problemas con el juego pueden observarse en individuos con trastorno antisocial de la personalidad, y si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. Sin embargo, a diferencia del DSM-III-R, incluye en sus criterios la exclusión del diagnóstico de juego patológico cuando dicho comportamiento aparece sólo durante un episodio maníaco. Los criterios diagnósticos para el juego patológico propuestos por la CIE-10 se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. *Criterios diagnósticos del juego patológico en la CIE-10*

A. Presencia de dos o más episodios en un período de al menos un año.

B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.

C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso de jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.

D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.

Fuente: OMS (1993, p.350)

Descripción control impulsos y sexo

La red es interminable, se puede ir a cualquier sitio, encontrar cualquier cosa, ser cualquier persona. Teclear la palabra sexo en Google arroja 96 millones de resultados. La red está cambiando nuestra forma de comunicarnos y relacionarnos, nos permite construir coordenadas espacio-temporales antes incompatibles. La adicción a Internet no está reconocida en la actualidad como un trastorno en el DSM-IV-TR ni en la CIE-10. Las dos modalidades de adicción a internet con contenido sexual serían el cibersexo y la pornografía. Es un sexo seguro, anónimo, sin complicaciones (Sánchez y Iruarrizaga, 2009).

Los enganches adictivos al alimento, sexo, compras, juego, trabajo e internet han constituido una plaga en las dos últimas décadas, el denominador común de las sociedades occidentales es que se han erigido como una auténtica civilización adictiva.

La gran disponibilidad de los objetos adictivos, la alta incidencia de situaciones como el estrés, la soledad, la depresión son innegables caldos de cultivo.

Vivimos en tiempos exponenciales. Más de mil millones de personas en el mundo tienen acceso a internet. Aproximadamente 220 millones de norteamericanos tienen acceso a internet y el 40% tienen acceso de alta velocidad. El número de mensajes de texto enviados cada día es mayor que la población del mundo. Si MySpace fuera un país, el número de usuarios registrados lo convertirían en el undécimo país más grande del mundo (Conner, 2008).

Si un comportamiento interfiere en el desarrollo de las actividades personales y sociales más comunes, aún tratándose de sexo, hay que hablar de adicción. No es común que alguien hable abiertamente de su adicción al sexo. Todas las adicciones suelen ser llevadas en secreto. Y en el caso hipotético de que alguien se lanzara al ruedo en una conversación, es probable que se enfrentara con interlocutores que no alcanzarían a comprender que se está hablando de una adicción, y por tanto, de un asunto que repercute de un modo muy negativo en la vida de una persona. Igualmente probable es que se lo tomaran a la ligera, cuando no con sorna. Quien más y quien menos es un poco adicto al sexo, pensaría más de uno (Montane, 2010).

Todas las adicciones son nocivas, pero hay algunas más complejas que otras. A pesar de las dificultades y la lucha interior que conlleva, todos entienden que un alcohólico puede dejar el alcohol, o un ludópata el juego. Sin embargo un bulímico no puede dejar de comer, ni tampoco un adicto al sexo prescindir del mismo por completo. Técnicamente sí; pero sería como transitar de un extremo al otro del problema sin pasar por la solución.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su nueva edición (DSM V), recoge por vez primera la adicción al sexo, bajo su denominación clínica de trastorno de la hipersexualidad. Este manual de referencia para la psiquiatría mundial lo define como un trastorno obsesivo compulsivo. Quienes lo padecen son incapaces de controlar sus pensamientos ni sus actos repetitivos, algo que ya sabían muy bien los afectados, que llevan esperando largo tiempo esta inclusión.

El adicto, conforme pasa el tiempo, requiere de mayores estímulos para saciar su creciente necesidad. Como sucede con las adicciones, la calma lograda sólo es

momentánea; inmediatamente regresa el vacío, si cabe, con más fuerza, generándose un ciclo autodestructivo del que no es nada fácil salir.

Los adictos al sexo son grandes consumidores de pornografía en todas sus variantes, recurren compulsivamente a la masturbación así como a continuas citas de una sola noche, bien sea con conocidos o mediante la prostitución. Cuando todas estas actividades invaden y anulan otros campos, la respuesta sólo puede ser una: la adicción es un hecho. Los síntomas asociados a la adicción sexual (Coleman, 1992; Earle y Crown, 1990; Pincu, 1989; Schwartz y Brasted, 1985; Carnes, 1983) son:

Síntomas de conducta:

- Conductas sexuales frecuentes.
- Masturbación compulsiva.
- Búsqueda de nuevos contactos sexuales para huir del aburrimiento provocado rápidamente por los anteriores.
- Tentativas repetidas e infructuosas de poner fin o de reducir las conductas sexuales excesivas.
- Participación en actividades sexuales sin excitación psicológica.
- Problemas judiciales relacionados con la conducta sexual.
- Recurso frecuente a la pornografía.

Síntomas cognitivos y emocionales:

- Pensamientos obsesivos concernientes a la sexualidad y a las relaciones sexuales.
- Racionalizaciones para seguir las conductas sexuales.
- Culpabilidad concerniente a las actividades sexuales excesivas o problemáticas.
- Soledad, aburrimiento, sentimiento de rabia.
- Depresión, mala opinión de sí mismo.
- Vergüenza y secreto sobre las conductas sexuales.
- Indiferencia respecto a los compañeros sexuales habituales.
- Falta de control, en general, en la vida (no relacionada directamente con la conducta sexual).
- Deseo de huir o de suprimir emociones desagradables.

- Preferencia por el sexo anónimo.
- Costumbre de disociar la vida privada de la sexualidad.

Descripción conflicto de pareja

González (2000), pone de manifiesto que tanto los eventos propios del desarrollo, como los accidentales, dan lugar a la aparición de crisis en la familia. Queda esclarecido, que no necesariamente han de tener implicaciones negativas para la familia. La dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas.

Patterson (1988) plantea que los eventos que desencadenan estas crisis son:

1. Eventos de desmembramiento: son aquellos eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).

2. Eventos de incremento: son aquellos, que provocan crisis por incremento a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares).

3. Eventos de desmoralización: son los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonorosos, celos patológicos).

4. Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (pareja infértil, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas, graves y retraso mental).

Entendemos conflicto como “las acciones o creencias de uno o más miembros de un grupo que son inaceptables –y por lo tanto resistidas- por uno o más miembros del grupo” (Suares, 1999, p. 73), es decir, cuando una opinión o acción no es aceptada por una persona de nuestro entorno surgen las desavenencias pudiendo llegar al enfrentamiento.

Los conflictos pueden surgir con:

- 1.- Pareja
- 2.- Padres
- 3.- Hijos
- 4.- Entorno de la familia: escuela, vecinos, etc.

La mayoría de las personas experimentan el conflicto como algo perturbador, dañino o incluso temible; el conflicto ha de ser visto como una oportunidad al cambio; el conflicto es inherente al cambio, por lo que para evolucionar en cualquier ámbito es necesario el cambio; si no se diera el cambio nos estancaríamos, por lo tanto el conflicto es positivo (Bernal, 1992).

Los momentos de crisis, se pueden intentar resolver a través de la mediación; entendemos por mediación:

Un proceso de resolución cooperativa del conflicto en que dos o más partes en disputa reciben ayuda de uno o más terceros imparciales (los mediadores) para comunicarse y alcanzar por sí mismos un acuerdo mutuamente aceptable sobre los temas en disputa. Los mediadores ayudan a los participantes a explorar las opciones disponibles y, en su caso, a tomar decisiones que satisfagan las necesidades de todos los interesados. Las decisiones, por tanto, las adoptan las partes, de forma voluntaria y sobre la

base de la información recibida, libres de presiones recíprocas y sin que el mediador las dirija (Parkinson, 2005, p. 22).

Descripción trastornos de alimentación

Según explica el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y otras alteraciones menos específicas.

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso, y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden comportar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicios en la edad adulta e infantil. Afecta principalmente a la población femenina (aproximadamente, por cada 9 casos de TCA en mujeres se presenta 1 en hombres). Los principales factores de riesgo son:

- Factores biológicos:

Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles, con lo cual concluyen que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

- Factores socioculturales:

Los estudios identifican los siguientes factores socioculturales como de riesgo para los TCA: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados (Fernández-Aranda et al., 2007a; Castro, Toro y Cruz, 2000), familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva (Lilenfeld et al., 1998) de TCA (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres) (Bay et al., 2005; Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye, 2000), obesidad (especialmente en madres), (Micali et al., 2007), alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia (Fernández-Aranda et al., 2007b) profesiones y/o actividades durante la infancia adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso (Preti, Usai, Miotto, Petretto y Masala, 2008; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Toro, Salamero y Martínez, 1994).

- Factores psicológicos

Se han asociado con los TCA los siguientes factores psicológicos: trastornos afectivos (Fernández-Aranda et al., 2007a; Bulik, Sullivan, Fear y Joyce, 1997), trastornos de la personalidad (Alvárez-Moya et al., 2007) trastornos obsesivo-compulsivos (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003) trastorno de control de impulsos (Fernández-Aranda et al., 2008) realizar dieta anómala y restrictiva y preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias (Bay et al., 2005), excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima (Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate y Treasure, 2007).

- Acontecimientos vitales potencialmente estresantes

Sobre los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados con los TCA, mencionar los siguientes: abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas respecto al físico (Bulik, Prescott y Kendler, 2001) y antecedentes de crisis vital (Bay et al., 2005).

Los criterios clínicos para el diagnóstico de la AN y BN están bien definidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) y texto-revisado (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2000). El DSM-IV/DSM-IV-TR clasifica las formas mixtas y parciales de los TCA, como TCANE donde se incluye el TA, mientras que la CIE-10 las denomina AN atípica, BN atípica o TCA sin especificación. El DSM-IV/DSM-IV-TR, a diferencia de la CIE-10, distingue dos tipos de AN (restrictivo y compulsivo/purgativo) y dos tipos de BN (purgativo y no purgativo) según las conductas predominantes. Las versiones españolas de dichas clasificaciones se han editado posteriormente: CIE-10 (OMS, 2000a) y DSM-IV-TR (First, Frances y Pincus, 2008). En esta última, se presenta la equivalencia entre clasificaciones (DSM-IV-TR, CIE-9 y CIE-10).

Descripción de información general

Información demandada sobre el servicio “Telecuidado de la Salud Psíquica”, objetivos, destinatarios, horarios de atención, etc. y también acerca de bibliografía sobre algunas problemáticas concretas.

Descripción deporte y psicología

El maratón es una especialidad deportiva que goza de enorme popularidad, como demuestra el hecho de que cada vez son más los maratones populares que se

organizan y mayor el número de participantes (Buceta, López de la Llave, Pérez-Llantada, Vallejo y Del Pino, 2002). Aunque en muchos de estos maratones participan atletas profesionales, la mayoría de los participantes son corredores populares que afrontan el reto personal de correr el maratón con el simple objetivo de terminarlo o hacer un determinado tiempo, tal y como han reflejado diversos estudios centrados en la motivación de estos deportistas (Ogles y Masters, 2000; Clough, Shepherd y Maughan, 1990). El maratón es una prueba muy larga (42,195 kms.) que, previamente, exige una buena preparación y, ya en la carrera, un enorme esfuerzo físico y psicológico. Diversos estudios han comprobado que la actividad mental de los corredores durante la prueba es muy intensa (Silva y Appelbaum, 1989; Schomer, 1986), pudiendo relacionarse con el rendimiento (Masters y Lambert, 1989).

Morgan y Pollock (1977), plantearon que la actividad mental de los maratonianos puede incluir estrategias asociativas o disociativas. Las primeras incluyen centrar la atención, tener pensamientos o autodiálogos respecto a las propias sensaciones corporales o la actividad involucrada en la carrera. Las segundas implican una desconexión atencional de los factores anteriores, en beneficio de estímulos ajenos a la actividad.

La combinación apropiada para cada corredor de estrategias asociativas y disociativas, favorece el control adecuado de estos momentos críticos, en la línea sugerida por Silva y Appelbaum (1989) y, en el ámbito de la adherencia al ejercicio físico, por Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno (1996); aunque también puede ser muy pertinente la utilización de estrategias psicológicas de afrontamiento, en la misma dirección que otros deportistas cuando se enfrentan a los momentos más críticos de su experiencia competitiva. Por ejemplo, puede ser muy adecuado que los corredores utilicen técnicas como la detención del pensamiento, determinadas autoinstrucciones y planes de reenfoque atencional, para interrumpir la actividad mental perjudicial y sustituirla por otra que favorezca la superación de esos momentos críticos, en la línea planteada por especialistas como Nideffer (1985) u Orlick (1986).

En esta misma línea, Buceta (1998) y Buceta y Bueno (2001) han sugerido la aplicación de una secuencia de estrategias que comienza con la utilización de una palabra enérgica (“¡stop!”) para detener la actividad mental perjudicial (detención del pensamiento), continúa con autoinstrucciones que ayudan a regular las cogniciones del deportista (“¡tranquilo!, ya sabías que esto podía ocurrir”) y centrar su atención en algo que dependa de él, generalmente la conducta atencional o deportiva que debería desarrollar en ese momento (por ejemplo, “céntrate en las zancadas que vas dando”; “recuerda aquella carrera en la que también te sucedió esto y fuiste capaz de terminar”) y finaliza, precisamente, con la aplicación de un plan de reenfoque atencional que incluye una actividad mental alternativa, asociativa o disociativa, con una probabilidad elevada de influir favorablemente en el control del momento crítico (por ejemplo, centrarse en los aspectos más relevantes de la conducta presente; recordar experiencias pasadas de éxito en situaciones similares).

La aplicación apropiada de estas u otras estrategias psicológicas similares, requiere, previamente, que los deportistas anticipen los momentos críticos más probables y preparen las estrategias más eficaces para combatirlos. Para ello, es necesario que se sometan al entrenamiento psicológico pertinente dirigido por un psicólogo del deporte, pero en ocasiones puede ser suficiente, o al menos mejor que nada, que reciban un sencillo asesoramiento psicológico con algunas recomendaciones prácticas.

Diversas técnicas de entrenamiento pueden ayudar a lograr un rendimiento y sensaciones satisfactorias el día del maratón. El objetivo final de cada una de ellas es tratar de minimizar al máximo los errores que cometen los corredores populares de maratón, antes, durante y después de disputar dicha distancia. Entrenando nuestra mente podemos lograr mayor capacidad de concentración, atención, capacidad de sacrificio... y, por tanto, retardar, en gran medida, un agotamiento prematuro (Vich, 2003).

En el maratón, al hilo de lo que sucede a nuestro organismo, la mente sigue un proceso natural de desgaste que se refleja en las distintas etapas o fases emocionales por las que pasa a lo largo del tiempo que permanece corriendo un

participante. Vich (2003) distingue seis etapas diferenciadas, aprovechando determinados puntos kilométricos del maratón:

- Euforia, se prolonga desde antes de la carrera hasta los primeros kilómetros de la misma.
- Charla, se extiende desde los kilómetros 6-7 hasta el kilómetro 14-15 aproximadamente.
- Transición, va desde los kilómetros 16-17 hasta el kilómetro 22-23.
- Latente, transcurre desde el kilómetro 24-25 hasta el kilómetro 30-31.
- Sufrimiento, sucede desde el kilómetro 32 hasta aproximadamente el kilómetro 42.
- Éxtasis final de carrera, que ubico en los últimos metros de la prueba.

Durante estas fases, el estado anímico varía desde un polo hasta el opuesto (de norte a sur, de blanco a negro), pasando de estar alegres a estar suplicando para que llegue el final de la carrera. Sin embargo, dicho estado se puede, si no eliminar, sí por lo menos mitigar hasta el extremo de lograr, inclusive, disfrutar de los últimos kilómetros de la Maratón. Pero para conseguirlo, hay que mentalizarse de la existencia de los malos momentos y de la necesidad de superarlos. La clave del éxito mental en el maratón radica en la anticipación de consecuencias. Si se consigue controlar todas las sensaciones que se van a experimentar durante el maratón, se logrará realizar una buena carrera, lo que permitirá repetir la experiencia (si así se desea) ya que el sentimiento final será de Plena Satisfacción (Vich, 2003).

Descripción TDAH

Comenzando con el plano conductual, Orjales (2007) nos menciona ciertos problemas que suelen presentar con frecuencia niños/as TDAH en el aula. Comentamos algunos de ellos a continuación:

- No terminar las tareas, dispersarse con facilidad y parecer poco motivado.
- Levantarse continuamente del asiento. Muy frecuente levantarse para enseñar al profesor/a una tarea sin terminar.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Molestar a los compañeros de pupitre.
- Tardanza a la hora de cambiarse de ropa para gimnasia, con mucha frecuencia es el último. Se entretiene.
- Correr y deslizarse por los pasillos.
- Se acelera después de una actividad activa como el recreo, juegos...

Las intervenciones/adaptaciones que recomienda Orjales (2007) en su libro no van dirigidas a los cambios del material ordinario que un profesor/a pueda utilizar en clase sino más bien a adaptaciones a realizar sobre ese material como presentar el material de trabajo de manera dosificada (por ejemplo: presentar seis ejercicios presentados en tres tandas, cada una de ellas compuesta de dos ejercicios en lugar de presentar los seis ejercicios consecutivamente en una misma hoja).

Así mismo, se da mucha importancia al establecimiento de unas normas concretas en el aula y a la repetición de las mismas, sobretodo, las que tienen mayor relación con las conductas de un niño con TDAH cuando comienza la clase y jugar con técnicas de refuerzo y extinción de conducta mediante refuerzo positivo (dedicando sobre todo atención) y refuerzo negativo (ignorar) en función de si las actuaciones del alumno son acordes o no a dichas normas, incidiendo en el especial cuidado de no reforzar las conductas negativas por la amplia dedicación de tiempo que mantenemos ante ellas. Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2007) apoyan también este tipo de intervenciones y consideran igualmente de vital importancia

variables como el ambiente estructurado y la implantación de rutinas como condiciones contextuales facilitadoras del autocontrol.

Arco, Fernández y Hijono (2004) ratificaron su hipótesis inicial que afirmaba que mediante la intervención cognitivo-conductual basada en la formación de padres y docentes, así como en un posterior entrenamiento específico y directo sobre el alumnado, se producirían mejoras significativas en las conductas problema de los/as alumnos/as intervenidos. En cuanto a las intervenciones centradas en la adquisición de aprendizajes se recomienda que las instrucciones sean cortas y claras. La situación del alumno dentro de la clase se considera relevante, en cuanto a que se aconseja proximidad con el profesor y la lejanía de los elementos distractores.

Mena et al. (2007) pautan el traslado de los contenidos académicos a la realidad cotidiana del niño. Así mismo, resaltan la importancia de un control externo que facilite la adquisición del hábito, de utilizar una agenda y en general de los correctos hábitos de estudio, sin olvidar, los manejos del tiempo.

El tema de la relación entre el Trastorno de Déficit Atencional (TDA) y Trastornos del Aprendizaje (TA) se viene estudiando desde hace mucho tiempo. Brown (2003) afirma en su libro que se han observado claramente altos niveles de TA entre individuos con DA, focalizados mayormente en áreas de lectura, cálculo y expresión escrita. A esto se suma como bien dicen Quintero, Correas y Quintero (2009) el déficit en las funciones ejecutivas (atención, concentración y memoria) presentes en los alumnos/as con TDHA. Los mismos autores recogen también que entre niños predomina más la hiperactividad mientras que entre las niñas lo principal es la inatención. Los niños tienden más a trastornos de conducta y a la externalización y tienen más problemas en la escuela, incluyendo salidas del aula ordinaria, cambios de aulas, acudir a aulas de Necesidades Educativas Especiales.

Además de lo puramente comportamental y/o académico, en los colegios también se ven influencias de TDHA en las relaciones sociales, aspecto que también recogen los anteriores autores en su libro. Sin una correcta intervención, es frecuente que estos niños presenten pocas o pobres habilidades sociales y esto dificulte mucho la forma en la que estos alumnos se relacionan con el grupo de iguales.

Por todo lo que hemos comentado en este punto, el niño/a con TDAH se encuentra con un sinnúmero de dificultades en el área escolar que es probable incidan en aspectos como la autoestima, la motivación para el colegio... es por esto que el diagnóstico precoz del TDAH puede ayudar a una más pronta intervención en estas áreas y con ello a reeducaciones que posibiliten que el niño/a pueda desenvolverse en el colegio de una forma más normalizada.

Según resumen los miembros pertenecientes a la Asociación de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de Guipúzcoa, la Asociación de Hiperactivos con Déficit de Atención del País Vasco y la Asociación de Niños y Adultos con Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de Álava (2006), las recomendaciones para tratar al niño o niña con TDAH desde el punto de vista cognitivo y conductual son:

- Explicarle el problema que tiene y que lo acepte
- Transmitirle confianza y esperanza de que puede controlar sus impulsos y llevar una vida normalizada
- Utilizar estímulo refuerzo de manera constante y continuada. Reconocer y reforzar aquellas conductas que resulten positivas
- Separar la persona del acto. Fomentar la buena conducta, la utilización del elogio
- Enseñarle a reflexionar, transmitirle información que le ayude a auto observarse
- Establecer las normas y los límites de forma clara, bien definidos y de manera adecuada a su edad
- No entrar en el juego cuando el niño o niña reta a sus padres o educadores o cuando los pone a prueba.
- Tener en cuenta que tienden a ser resistentes ante las adversidades y a desarrollar la generosidad (les encanta ayudar).

Basándose en la misma línea que la Asociación de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de Guipúzcoa, la Asociación de Hiperactivos con Déficit de Atención del País Vasco y la Asociación de Niños y Adultos con Déficit de Atención con/sin Hiperactividad de Álava (2006), Ramos-Quiroga, Martínez, Nogueira, Bosh

y Casas (2008) diseñan los contenidos de un programa de tratamiento psicológico cognitivo conductual abordando las siguientes líneas de actuación:

- Información y motivación: enfoque psicoeducativo sobre el TDAH a padres, educadores del niño o niña, y a estos últimos
- Organización y planificación: se ofrecen estrategias para superar las dificultades de organización y planificación del tiempo, tareas, espacios, objetos.
- Atención: se identifican las dificultades de atención y se ofrecen nuevos recursos para mejorar la capacidad de atención.
- Pensamiento adaptativo: identificación y crítica de las autoafirmaciones negativas o distorsionadas, favoreciendo un estilo de pensamiento más adaptativo y razonable.
- Impulsividad: técnicas específicas para el manejo de las dificultades en el autocontrol.
- Mantenimiento de los progresos: prevenir o minimizar progresos.

Estudios recientes (Anton, Opris, Dobrea, David y Rizzo, 2009), trabajan la intervención mediante técnicas novedosas como la Realidad Virtual, un campo que todavía no ha sido muy investigado, pero que empieza a presentarse como una nueva línea de intervención posible, complementando este tratamiento con el modelo cognitivo conductual.

Los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) son los siguientes:

A. Existen 1 o 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

Impulsividad:

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

APÉNDICE H. Consentimiento informado



Skype: Telecuidado de Salud Psíquica
www.telecuidado.net; email: info@telecuidado.net

Estimado/a usuario/a,

este programa que usted ha elegido, está especializado en ayudas orientadas al logro de objetivos en las intervenciones en crisis. Para el logro de estos objetivos, se hace necesaria la colaboración conjunta de usted, como consultante y de las personas de su entorno que también sufran por el problema. Uno de los pasos iniciales es que al habernos consultado, nos responda también a preguntas de objetivos para optimizar nuestra eficacia y labor.

Mediante la aceptación de este documento, solicitamos su consentimiento informado, para el seguimiento del problema principal que nos presenta y para el estudio y publicación científica de los datos que nos ofrezca, con la debida reserva de la identidad y teniendo en cuenta el anonimato, la confidencialidad deontológica y la diseminación de cualquier dato. Consideramos que si no hay respuesta en contra, las condiciones y objetivos ya explicitados en el programa son aceptados. Los datos objetivos serán protegidos e incluidos en un fichero que estará sometido a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; el código de inscripción de dicho fichero en la Agencia Española de Protección de Datos es el 2113150581, y el nombre “Telecuidado de la Salud Psíquica”.

Gracias por habernos elegido en este programa y bienvenidos a él.

La Dirección

Con la colaboración de:



Arabako Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Álava

APÉNDICE I. Resumen de los casos

1.- NOMBRE: Aurora

Medio: Email

“Cada vez que tengo que salir de viaje no puedo evitar el pensar y pensar y casi no puedo dormir los días previos”.

“Jamás podré superar subir a un avión, entre otros transportes públicos”.

“Según los estudios que me han realizado en Osakidetza presento un cuadro de agorafobia”.

“Actualmente, me siento mal porque veo que mis miedos van en aumento y mi vida va cerrándose en círculos cada vez más y más pequeños”...

Respuesta de Telecuidado:

“Tratamos de resolver los problemas de ansiedad en primer lugar, y posteriormente, los de agorafobia generalmente por métodos de modificación de conducta u otros métodos”.

2.-NOMBRE: Alfredo

Medio: Email

“La agorafobia desemboca en crisis de ansiedad serias que no termino de dominar”.

“Siento una fulminante sensación de irrealidad en la que creo haber perdido la cordura o incluso que voy a morir de forma fulminante”.

“Siento palpitaciones, mareo, sensación de asfixia, temblores, y escalofríos”.

“Tengo un temor generalizado a no encontrarme acompañado de personas conocidas, a las multitudes o concentraciones de personas en poco espacio, como el transporte público, autobús”.

“No quiero salir solo de casa, a no ser que vaya acompañado. Cada vez tengo más limitaciones a mi vida diaria”.

Respuesta de Telecuidado:

“Para poder ayudarte, generalmente realizamos cursillos de relajación, cuyo objetivo es rebajar la ansiedad, y así poder evitar posibles crisis. Ahora bien, necesitaríamos saber que serie de características a nivel de comportamiento, pensamiento y de sensaciones corporales sufres, y así, para enfrentar el problema según lo que nos indiques, utilizamos diferentes estrategias tranquilizadoras”.

3.- NOMBRE: Beatriz

Medio: Email

“Estoy luchando como una guerrera”.

“Lloro casi a diario, pero aferrándome a la vida con todas las fuerzas que tengo, aunque la idea de suicidarme ronda por mi cabeza cada vez más a menudo”.

“Estoy desapareciendo literalmente”.

“Cada vez peso menos, de 65 he pasado a 58,5 y se me ha cerrado el apetito, es como si poco a poco languidciera para al final ser un rastro de agua que se va por un desagüe”.

Respuesta de Telecuidado:

“Te recomendamos que acudas a un profesional; puedes contactar con el Colegio Oficial de Psicólogos para que te orienten acerca de un especialista en estos temas que comentas”.

4.- NOMBRE: Boris

Medio: Chat

“Estoy deshecho soy incapaz de tomar la decisiones”.

“Siento como si mi vida se estuviera diluyendo y quiero que llegue el momento en que se acabe y se pueda tirar de la cadena y acabar con todo”.

“Así es como me siento, como una mierda. Cada vez peso menos, me miro al espejo, tengo menos carne”.

Respuesta de Telecuidado:

“Ahora entiendo lo que me querías decir”.

“Has tenido dos experiencias malas en el mismo día, es muy normal que sientas esto”.

“Además, ya sé que te resultará difícil entenderlo, pero de esto también puedes sacar algo positivo. Muchas veces, el tener vivencias negativas, te hace más fuerte, y estar más alerta la próxima vez que se inicia una relación”.

“No te preocupes por eso, que para eso estamos”.

5.- NOMBRE: Carlos

Medio: Chat

“Estoy muy desanimado. Creo que no valgo para nada, nadie me quiere”.

“No me veo con fuerzas. Seguro que me va mal”.

“Estoy bloqueado, ahora no sé qué hago aparte de nada”.

“Estoy perdiendo la ilusión por las cosas, no me decido, me cuesta decidirme. Me siento muy desmotivado y sin energías”.

“Me cuesta dormir por la noche, y luego me despierto entre horas y a la mañana muy pronto. Creo que no descanso lo suficiente”.

Respuesta de Telecuidado:

“La verdad es que con estos días, todo cuesta el doble; pero oblígate a IR que si no hoy por la lluvia, mañana por otra cosa.... se nos empieza a poner todo cuesta arriba. Pero bueno mañana ya será martes así que la excusa de que es lunes ya no será valida eh? Venga ánimo”.

“Bueno, te machacas un poco, no? Tranquilo ya encontrarás algo”.

“Eso es!!! Poco a poco el asunto irá tomando forma!”

“Pues en tus manos está no llegar a ese punto. Estás a tiempo de frenarlo”.

6.- NOMBRE: Carol

Medio: Chat

“Mi estado es de profunda apatía, por todo, no tengo ilusión, ni sonrisa, ni soy la persona que se reía hasta de su propia sombra, me enfado conmigo, porque no lo entiendo, pero estoy tan cansada, que al final acabo llorando y durmiendo”.

“Me miro en el espejo y no me gusta el saco de huesos que estoy viendo, no mido 1.65 y estaba bien como estaba, ahora cada vez tengo menos carne”.

“Yo pienso que tengo muerta el alma y el cuerpo se me está muriendo también”.

“Tenía ganas de quitarme la vida”.

Respuesta de Telecuidado:

“¿Has probado a hacer la actividad que te comenté, ir a nadar?”

“Bueno, pues si coges un hábito, superarás la depresión por medios naturales, aunque tengas bajadas de ánimo puntuales”.

7.- NOMBRE: Doris

Medio: Email

“Estando encerrada todo el día sin hacer nada se me cae la casa encima. Me paso el día durmiendo, llorando y holgazaneando”.

“Esto está empezando a afectar duramente una relación de casi 20 años, que yo creía sólida. Discutimos con mucha frecuencia”.

“Ni siquiera sé por dónde buscar trabajo. Sé que no voy a encajar en nada.

“Estoy desesperada, no sé por dónde tirar. Me da mucha vergüenza hablar de todo esto con mis amigos”.

Respuesta de Telecuidado:

“Nuestros sentimientos de depresión y soledad aumentan cuando no estamos activos así que no puedes dejarte llevar por esos pensamientos de quedarte en casa sin hacer cosa alguna. El deporte, el pasear, el ejercicio físico en general, supone una fuente de descarga de tensión además de fortalecerte físicamente. Cualquier curso, ya te sirva para buscar un empleo o no, te ayudará a ampliar tu red social y resultará positivo”.

8.- NOMBRE: Daniel

Medio: Email

“Tengo continuos sentimientos de desesperanza y tristeza por no encontrar trabajo”.

“Me preocupa mi situación y preveo malas expectativas de trabajo”.

“Siento que no sirvo para nada, no me siento útil, creo que soy un fracasado”...

Respuesta de Telecuidado:

“Te recomendamos, que en estos momentos de estrés que estás viviendo, confíes en algún familiar, amigos de confianza para que descargues tu frustración y no te lo guardes todo dentro. Por otro lado, te enviamos un programa de búsqueda de empleo para que estés activo e incluso puedas revisar tu curriculum y carta de presentación con vistas a entregar en empresas. Estamos para cuando quieras”.

“Veo que por el momento estás cubriendo varias áreas. Mucho ánimo, sigue así para no caer en la desesperanza. Puedes apuntarte a alguna actividad que se acople al horario que tienes actualmente”.

9.- NOMBRE: Eneko

Medio: Email

“No tengo ganas de mandar curriculums por email, no miro en páginas de empleo, no voy a ETTs y lo peor no tengo ganas de salir de casa”.

“Poco a poco la situación es más inaguantable”.

“Hay días que pienso si habrá merecido la pena estudiar, otros si es que no tengo buena presencia, si no me verán capaz”.

“Me entran sudores y agobios cada vez que pienso en buscar trabajo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Es normal que te sientas como describes dada la situación que estás viviendo, ya que al no encontrar trabajo a pesar de buscarlo, te puede dar la sensación de que nadie te quiere, que no eres válido. Los síntomas de sudoración y los agobios que sientes cada vez que piensas en buscar trabajo son consecuencia de la ansiedad: la frustración crea ansiedad, y con ella, ideas negativas y distorsionadas con respecto a la realidad, además de sintomatología fisiológica como sudores, temblores, etc”.

“El tiempo que no dediques a buscar trabajo puedes aprovecharlo para hacer algún deporte, dar una vuelta con los amigos o incluso hacer algún curso de reciclaje relacionado con tu profesión; de esta manera tu mente estará más distraída, pensando en otras cosas; por mucho que estés dedicado 24 horas a buscar trabajo, no vas a encontrarlo antes que si dedicas 2 horas cada día, por ejemplo, y no repercutirá tanto en tu salud mental y física”.

“Creemos que igual puede ser de interés el programa de “Cómo afrontar el desempleo”. Partimos de la idea de que cada persona y caso es particular pero a veces la lectura del programa clarifica aspectos que puedan ser importantes para cada caso o nos da pistas de aspectos que no estamos teniendo suficientemente en cuenta”.

10.- NOMBRE: Félix

Medio: Email

“Estoy muy desanimado y perdido”.

“No duermo por las noches, no tengo ganas de comer, y lo que es peor, no quiero salir a la calle”.

“Mi mujer se está empezando a hartar de mí”.

Respuesta de Telecuidado:

“Hola Félix, te enviamos un programa de búsqueda de empleo muy amplio, además de un programa de relajación para que la practiques y te anime, dada tu situación de desempleo, además de emails divertidos”.

11.- NOMBRE: Gustavo

Medio: Email

“He llegado a situación límite. Todas las posibilidades barajadas se me han agotado y ya no sé por dónde ir. Si os sirve, mi mujer no trabaja”.

“En esta situación no sé cuánto podré aguantar y qué es lo que va a suceder”.

“No espero que me solucionéis el problema, simplemente poder contarle mi situación a unos profesionales”.

Respuesta de Telecuidado:

“La situación por la que está pasando tu empresa es crítica, por lo tanto, es normal tu estado de ansiedad generada. Después de tantos años de trabajo, resulta frustrante ver cómo todo el esfuerzo invertido no ha dado el resultado esperado. Está muy bien que seas realista con el momento, pero no es conveniente que seas negativo con el futuro, de momento tu taller sigue funcionando, y sería importante que concentres tus esfuerzos en seguir manteniendo el trabajo”.

“Por otro lado, tienes dos fuentes de apoyo importantes en tu vida, que son tu mujer y tu hija; suponemos que ellas se encuentran al corriente de la situación, y si no es el caso, recomendamos que se lo comuniques, el poder transmitir a otra persona la situación en crisis en la que te encuentras ayuda a rebajar el nivel de frustración”.

“Sin obviar lo crítico de la situación, debes tener en cuenta que no todo debe girar en torno al trabajo; por ello, sería recomendable que dediques parte de tu día a realizar actividades que favorezcan tu bienestar tales como salir a pasear, hacer deporte, ir al cine... Con el objetivo de conseguir desviar tu atención a momentos más placenteros y de este modo, intentar rebajar tu nivel de estrés y no caer en estado de desánimo”.

12.- NOMBRE: Héctor

Medio: Email

“Me agobia no encontrar trabajo. Busco y te da la sensación de que nadie te quiere. Que no eres válido”.

“La verdad no sé como asumir esta situación y aunque supongo que como yo tendréis muchos casos, me gustaría tener la opinión de un profesional”.

“¿Estoy sacando las cosas fuera de lugar?”

“No sé cómo reaccionar, me estoy bloqueando un poco, lo que hace que se me quiten las ganas de buscar trabajo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Es normal que te sientas como describes dada la situación que estás viviendo, ya que al no encontrar trabajo a pesar de buscarlo, te puede dar la sensación de que nadie te quiere, que no eres válido. La frustración crea ansiedad, y con ella, ideas negativas y distorsionadas con respecto a la realidad. Te comentamos también sobre la existencia de técnicas de búsqueda de empleo”.

13.- NOMBRE: Elena

Medio: Email

“Sufro problemas de ansiedad”.

“Sufrí una crisis de pánico en el aula: empecé a marearme, a sentir una angustia creciente acompañada por una sensación de irrealidad (como de estar fuera de mi misma) que me llevó a creer que iba a desmayarme, a perder el control o incluso a morir”.

“A partir de ese momento comenzaron los síntomas: mareos, visión borrosa, sensación de irrealidad, de no ser yo misma, angustia y sensación de ahogo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Según lo que nos narra, podríamos orientarle sobre diferentes técnicas basadas todas ellas en la relajación pero habría que saber cuál es la mejor que le va según su idiosincrasia y desde allí trabajar tanto la ansiedad como la fobia, el miedo, etc., con técnicas más específicas como desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, etc”.

14.- NOMBRE: Felisa

Medio: Chat

“Siento mucha ansiedad, como miedo a volverme loca, estoy paralizada”.

“Tengo miedo de no volver a recuperarme nunca. Cada día estoy más desanimada; no estudio, tengo miedo de salir a la calle sola... el psicólogo me dice que tengo ataques de pánico”.

“¿Qué va a ser de mi vida? ¿Me voy a recuperar alguna vez?”

Respuesta de Telecuidado:

“Puede ser que la droga haya producido alguna alteración física en tu cerebro, pero si vas cogiendo hábitos sanos, podrás ir recuperándote poco a poco; por ejemplo, salir al monte, nadar; también puedes aprender ejercicios de relajación. Te adjuntamos un ejercicio de relajación”.

15.- NOMBRE: Gotxone

Medio: Videoconferencia

“Desarrollé miedo por muchas cosas que me rodeaban, como por ejemplo, miedo a quedarme sola en casa, miedo a los espacios abiertos (monte) y cerrados (ascensor, avión), pensamientos catastrofistas acerca de mi vida y de la gente que me rodea”.

“No entiendo porque me pasa esto”.

“El psiquiatra que me ha diagnosticado de crisis de ansiedad y estoy tomando medicación”.

Respuesta de Telecuidado:

“Te podemos enseñar diferentes técnicas de relajación a través de la videoconferencia, durante varias sesiones, de manera que tú puedes practicar en casa, y una vez a la semana nos conectamos y nos cuentas qué tal te va. ¿Qué te parece?”

16.- Nombre: Ignacio

Medio: Email

“La verdad es que no sé como lo hago pero siempre que estoy de exámenes me ocurre algo que me descentra”.

“Ya me ha ocurrido algo similar en otras ocasiones en época de exámenes. Creo que no me los tengo que tomar tan en serio”.

Respuesta de Telecuidado:

“Primero decirte que es normal que toda clase de policía realice investigaciones, pues, es propio de su labor de prevención”.

“Por otro lado, igual la ansiedad que te generan los exámenes, puede hacerte ver la situación más angustiosa de lo que es en realidad. Cuando los termines, igual ves las cosas de otra manera”.

“Esperamos que estas ideas y opiniones te sirvan para reflexionar y no dudes en tomar contacto con nosotros si deseas más aclaraciones”.

17.- NOMBRE: Hilaria

Medio: Chat

“Soy una ama de casa con muchas preocupaciones: mi marido es alcohólico, mis hijos pasan de mí, y yo no paro de dar vueltas a las cosas”.

“Duermo mal, estoy acelerada todo el día”.

“Las consultas de los médicos son mi segunda casa”.

“Según mi hermana mi cabeza siempre está en funcionamiento”.

“Estoy muy angustiada, sufro mucha ansiedad”.

Respuesta de Telecuidado:

“Creemos que por lo que nos cuentas, te vendría bien relajarte, mente y cuerpo, así que en cuanto organicemos alguna sesión online de relajación, nos pondremos en

contacto contigo. Entre tanto te enviamos un programa de relajación para que vayas practicando en casa”.

“Tranquila, ya verás como la relajación te va a venir muy bien para manejar estas situaciones tan estresantes”.

18.- NOMBRE: Javier

Medio: Chat

“Creé una empresa hace un año y las cosas no van bien”.

“No consigo sacarla adelante”.

“Me siento muy desanimado. No sé si seguir intentando o cerrar y buscar otro trabajo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Cuando se emprende un nuevo proyecto, hay que tener en cuenta y valorar las opciones que existen en el mercado. Puedes hacer un estudio de este tipo para tomar la decisión. Si el proyecto no sale adelante no es un fracaso, sino una experiencia más en la vida”.

“Bueno, muy bien, ya nos mantendrás al corriente”.

19.- NOMBRE: Koldo

Medio: Videoconferencia

“Me siento paralizado a nivel laboral; No sé qué es lo que quiero hacer.”

“Creo que pienso demasiado.”

“Veo que se me pasa el tiempo y no decido nada”.

“¿Y si me equivoco?”

Respuesta de Telecuidado:

“Es complicado tomar una decisión de este tipo, ya que va a marcar el camino a seguir en tu vida”.

“La toma de decisiones supone abandonar un camino y elegir otro”.

“Eso nunca lo vas a saber. Puedes hacer un ejercicio de pros y contras para aclarar tus ideas. Ya me dirás. Además, te adjunto un programa de toma de decisiones/motivación”.

20.- NOMBRE: Idoia

Medio: Email

“La convivencia ha llegado a un punto difícil”.

“Poco a poco estamos dejando de hacer cosas las tres juntas”.

“Yo creo que quiero hasta que se vaya, porque esta situación me genera mucha ansiedad, estoy todo el día dando vueltas a la cabeza, hasta me está afectando al sueño”.

“Espero que me podáis guiar para ver qué puedo hacer, por lo menos para que no me afecte a mi salud”.

Respuesta de Telecuidado:

“Por nuestra parte, te orientamos a establecer una reunión de las tres personas que compartís vivienda actualmente y renegociar compartiendo y remarcando la importancia de contar con antelación las decisiones personales que puedan tener una repercusión en las demás. Porque cada uno debe ser responsable de las consecuencias que puede generar en los otros”.

“En una búsqueda de una convivencia sana y un hogar saludable para todas, en caso de no llegar a un acuerdo, creemos que lo más recomendable es orientar a esa persona a la búsqueda de otro piso”.

“Te enviamos un programa de relajación para que tengas recursos para afrontar estos momentos de ansiedad hasta que consigas resolver el asunto, y para que no afecte a tu salud mental”.

21.- NOMBRE: Julia

Medio: Email

“La gente de mi alrededor me suele decir que estoy muy irascible y que discuto mucho”.

“Noto que me como las uñas más que nunca y que siempre tengo algún tic”.

“Todo viene a raíz de que mi trabajo no va bien del todo”.

“Cada vez la presión es mayor; me produce sensación de no estar dando la talla y no ser válida para el puesto”.

“A veces tengo momentos de mucho cansancio de cabeza, y necesito aislarme”

“No quiero acabar con crisis nerviosas o que mi autoestima caiga en picado”.

“¿Qué puedo hacer? ¿Cómo puedo conseguir no sentirme desbordada?”

Respuesta de Telecuidado:

“El puesto que describes parece movilizar una gran carga de estrés y cansancio ante los cuales afirmas buscar aislarte y tranquilizarte. Por esto te recomendamos la

realización de alguna técnica de relajación. Te adjuntamos a este email un archivo en el que se exponen los pasos de un tipo de relajación que podrían serte útiles. Es conveniente que entrenes todos los días. Esperamos que te proporcione un modelo válido en la búsqueda de una técnica que permita separarte de las vicisitudes de tu empleo cuando te sea necesario”.

“Por otra parte y para hacer frente a las preocupaciones acerca del decaimiento de la autoestima o dificultades para el disfrute de la vida, proponemos una buena distribución de tu tiempo libre que facilite de la mejor manera posible tu desconexión de los problemas o ataduras laborales”.

22.- NOMBRE: Karmele

Medio: Email

“Soy una persona diagnosticada de ansiedad”.

“El origen de mi ansiedad es el trabajo, tengo mucho, muchas responsabilidades, y además el ambiente no es muy bueno”.

Respuesta de Telecuidado:

“Pensamos que igualmente puede ser de tu interés un par de programas de relajación que se han elaborado desde el Programa Telecuidado. En ellos se describen técnicas de relajación que pueden ser muy útiles para el manejo de estados de ansiedad y que podemos practicar nosotros mismos en casa. Te adjuntamos ambos a este email”.

23.- NOMBRE: Luis

Medio: Email

“Lo peor es que hay mal ambiente de trabajo y para mí el ambiente de trabajo es primordial; cada día tengo menos ganas de ir a trabajar”.

“Me causa bastante stress que haya mal rollo en el trabajo, ya que parece que en todo momento es una competición y estamos en plena lucha unos con otros”.

“Me gustaría que no me afectaran este tipo de cosas”.

“Estoy todo el día de mal rollo y llego a casa psicológicamente cansado y de mal humor”.

Respuesta de Telecuidado:

“Es de vital importancia para nosotros y para nuestra salud psíquica encontrar en este espacio un lugar de satisfacción tanto en el área personal/profesional como en el interpersonal de relaciones con los otros”.

“La situación que comentas te genera, como dices, emociones negativas (como cansancio y mal humor) que además invaden tu vida privada fuera del horario de empleo y es en estos momentos cuando tienes que romper con esos pensamientos, pararlos, no dejarte llevar por ellos, realizar otra actividad, centrarte en el ocio... y esto es lo primero que has de trabajar”.

“También sería interesante que estudiaras tus habilidades sociales para manejarte en situaciones conflictivas”.

24.- NOMBRE: Mikel

Medio: Email

“Me siento muy inseguro y desmotivado”.

“Estoy haciendo muchas horas extras y cuando llego a casa estoy muy cansado y estresado. No consigo desconectar”.

“Tengo días mejores y peores”.

“¿Qué puedo hacer? ¿Qué me aconsejáis?”

Respuesta de Telecuidado:

“Entendemos que ante situaciones que no controlamos dichas sensaciones aumentan, y con ello, nuestro nivel de malestar e inseguridad”.

“Te adjuntamos sobre esto, dos archivos con información interesante acerca de la relajación y meditación”.

“Por otro lado, también es muy importante la realización de actividades sociales agradables para desconectar, por ejemplo, salir con los amigos, realización de hobbies, hacer deporte, actividades novedosas en pareja... mantener la mente activa permite distraernos con mayor facilidad”.

25.- NOMBRE: Nacho

Medio: Email

“Vivo con mi pareja desde hace 1 año y últimamente me siento muy agresivo: rompo cosas, la insulto, etc”.

“También conviven con nosotros mi suegra (enferma mental grave, muy invasora y manipuladora) y la hija de mi novia (tiene 15 años, y no me acepta)”.

“Toda esta situación me genera mucha agresividad”

“Esta última semana tengo miedo de llegar a casa por miedo a pegarla ¿Cómo podría controlar ese impulso agresivo?”.

Respuesta de Telecuidado:

“Existen diferentes técnicas para el control de la agresividad. Puedes utilizar todas ellas y luego elegir la que mejor te funcione. Una es la técnica de “tiempo fuera”, en la que en cuanto observes que tu cuerpo siente tensión muscular, sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, etc., abandona el lugar donde estés, date un paseo por la calle, una ducha, u otra cosa que te distraiga”.

“Por otro lado, existen técnicas de relajación muy buenas, de control mental y muscular. Te adjunto en el email alguna de ellas”.

26.- NOMBRE: Laura

Medio: Email

“En mi familia tenemos un problema. Nos hemos dado cuenta que mi madre tiene una enfermedad, es ludópata y estamos haciendo todo lo posible para ayudarle”.

“Os agradecería que me informarais de cómo ayudarla, ir a terapias, charlas o como pondríamos hacer”.

Respuesta de Telecuidado:

“Le adjunto consejos para que puedan discernir en su situación y Asociaciones que existen, incluido el servicio psiquiátrico de Álava. Una vez que consideren los pros y contras, es cuando podemos ver si les podemos ayudar mediante cita y sin compromiso. También pueden entrar en www.telecuidado.net”.

27.- NOMBRE: Oscar

Medio: Email

“Tengo tendencia a recurrir a la prostitución de forma muy incontrolada”.

“Cuando leo anuncios en el periódico o internet, y me entra una ansiedad que me hace llamar casi sin poder evitarlo”.

“No puedo controlarlo, me angustia muchísimo. También me crea mala conciencia, por todo lo que se dice de la prostitución, y por no poder controlar ese impulso, que muchas veces ni quiero ni deseo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Según la demanda y necesidad y situación personal le recomendamos un tratamiento terapéutico previa evaluación psicológica de su caso. Puede contactar con el Colegio Oficial de Psicólogos para que le orienten acerca de qué profesionales le pueden ayudar según su problemática”.

28.- NOMBRE: Mar

Medio: Email

“Con uno de esos nuevos compañeros me he hecho muy amiga y le cuento casi todas mis cosas y él a mí lo mismo”.

“Yo tengo novio desde hace ya casi un año, pero al empezar a hablar con nuevas personas y más siendo un chico empezó a sentir celos”.

“Desde que empezó con eso en muchas ocasiones me he llegado a sentir culpable de que haya pasado todo esto, aunque él sabe que nunca podría hacerle daño me lo echa en cara”.

Respuesta de Telecuidado:

“Al escribirnos, has dado un paso de mucha valentía exponiendo tus inquietudes. Como ya sabes, este programa está dirigido a jóvenes que, en el círculo social o familiar en el que se mueven, no encuentran las condiciones necesarias para poder exponer sus dudas o problemáticas, ya sea por vergüenza, timidez, temor a represalias, o cualquier tipo de dificultad que impide poder demandar comprensión y ayuda”.

“Como puedo leer, la desconfianza se ha convertido en un arma arrojadiza que aparece en cualquier discusión y eso puede ir causando cada vez una fractura más difícil de arreglar. Que tu pareja muestre su desconfianza hacia ti te resulta muy dañino porque al fin y al cabo, la confianza es un factor muy importante en el desarrollo de una pareja y ante esto has de intentar protegerte “no es malo tener un amigo, todo lo contrario, es algo necesario para ti y para todas las personas”.

“La amistad con ese chico no hará peligrar vuestra pareja pero has de dejar claro a tu novio que el desgaste provocado por esa desconfianza puede que sí lo haga”.

29.- NOMBRE: Patxi

Medio: Email

“Soy padre de familia y tengo dos hijas pequeñas”.

“Me atraen las personas de mi mismo sexo. Creo que si sigo ocultándolo acabaré volviéndome loco”.

“No puedo seguir así porque me estoy engañando a mí y a todo el mundo”.

“Necesito saber qué puedo o debo hacer para hacer daño al menor nº de gente posible, no quiero que mi familia sufra”...

“Necesito consejo profesional..... conocéis algún caso de este tipo... cómo salió todo???”

Respuesta de Telecuidado:

“La convivencia con ella te habrá dotado de herramientas que te permitan saber cómo afrontar el tema para/con ella, permitiéndole también a ella, la expresión emocional que al conocer la situación le genere y conteniéndola en un momento tan delicado como pueda ser éste”.

“Una comunicación sincera y sosegada puede conducir a una reducción de la ansiedad que el silencio de este secreto te genera. Después según las respuestas emocionales que te vaya dando te indicará qué debes comunicarle más profundamente, que como siempre debe ser poco a poco y al paso de asimilación de ella y de la noticia y situación, sin tomar decisiones que en tiempo de crisis se suelen hacer sin claridad ni acierto e ir estudiando la problemática sexual que planteas”.

30.- NOMBRE: Roberto

Medio: Email

“Me he divorciado hace un año. Tengo dos hijos de 8 y 13 años. Aún no he superado totalmente mi situación. Educar a los chicos a dos bandas está siendo muy complicado”.

“Con mi ex-mujer la relación es fría. Ella ha rehecho su vida y creo que no se preocupa demasiado de la educación de nuestros hijos”.

“Me gustaría poder influir más en la educación de los chavales, pero cómo lo hago si tengo el tiempo racionado?”

Respuesta de Telecuidado:

“Planificar de forma coherente los momentos de interacción con tus hijos, teniendo claramente definidas las normas que los van a regir e intercalando momentos de trabajo y estudio o cultura con otros de carácter más lúdico, potenciando en la medida de lo posible estos últimos. No olvides que uno ya ha empezado la crisis de la adolescencia por lo que tendrás que ejercer una autoridad muy flexible y persuasiva al mismo tiempo, para que no se distancie de ti y a la vez, pueda asumir progresivamente una mayor responsabilidad en su autonomía y en sus estudios”.

“Aunque no puedas estar con tus hijos directamente tanto tiempo como desearías, ten en cuenta que toda la influencia positiva que ejerzas en ellos cuando estás, tendrá su repercusión también positiva en tu ausencia”.

31.- NOMBRE: Natalia

Medio: Email

“Tengo un problema constante con mi suegra. Ella siempre quiere que hagamos lo que ella quiere y el tema es que su hijo no ve nada”.

“No sé qué hacer con esta situación ya que me encuentro sola sin el apoyo de mi pareja”.

“Espero que podáis darme algún consejo al respecto”.

Respuesta de Telecuidado:

“Si los deseos tuyos entran en conflicto con los planes de tu suegra no es justo que tengas que ceder siempre a sus aspiraciones y es un tema al que tenéis que poner límite ambos, tú y tu pareja. Ser claros en el establecimiento de reglas que pauten la relación con su madre, decidiendo qué tipo de demandas vais a aceptar respecto con ella y cuáles no. La toma de decisiones ha de ser flexible por ambas partes pero sin olvidaros que el objetivo principal que tenéis que cuidar es siempre vuestra relación, que es cosa de dos, no de tres, ni de cuatro”.

“Si con tu pareja no hubiera posibilidad de acuerdo, nuestra orientación iría encaminada a un asesoramiento psicológico como pareja para trabajar en concreto la dificultad que planteas, pues, puede que él se encuentre entre un conflicto emocional importante al tratarse de poner orden entre dos personas tan importantes en su vida como son una pareja y una madre y semejante movilización emocional le dificulte valorar la situación de forma objetiva”.

32.- NOMBRE: Santi

Medio: Email

“Ella es muy posesiva y yo siempre he sido muy extrovertido”

“No puede soportar que nos separemos ni un solo momento; me gustaría poder tener un poco más de libertad”.

“creo que me he ido desencantando o “desenamorando”.

“Lo que necesito es que alguien que sea totalmente ajeno a nosotros me dé su opinión totalmente objetiva al respecto porque tengo miedo de que el raro sea yo y que todo sean paranoias mías”

Respuesta de Telecuidado:

“Tras analizar lo que comentas acerca de tu relación de pareja, parece que actualmente convives en una situación dura de desgaste por no encontrar junto a ella ese “tiempo de libertad que demandas”.

“Resulta de gran necesidad para todos sentirse respetados en estos “espacios externos” o “tiempo de libertad” puesto que al fin y al cabo, de no ser así, esto puede suponer para nosotros una pérdida de identidad personal (amigos, familia, tiempos de ocio...). Es frecuente encontrar dificultades en parejas en las que los límites de la individualidad no han quedado bien establecidos”.

“Desde Telecuidado, te orientamos a que, puesto que habiendo tratado el tema entre vosotros varias veces y viendo que a través de ello, no se ha podido solucionar el conflicto, volver a valorar la situación que estás viviendo, viendo las partes positivas y negativas de la misma, pues como has dicho hay ciertos factores positivos en la convivencia con tu pareja”.

“Si tras esa valoración decides volver a intentar solucionar la problemática te orientamos a que acudáis ambos a terapia de pareja”.

33.- NOMBRE: Olga

Medio: Email

“Desde el principio de nuestra relación mi actual pareja me dejó muy claro que lo primero en su vida era su hijo”.

“No llevo demasiado bien ser su “segunda” prioridad”.

“Dice que no me puede ofrecer nada más que lo que me está ofreciendo y que todo lo hace por proteger a su hijo”.

“Yo le dije que deberíamos plantearnos muy seriamente dejar de vernos, porque no puedo seguir más con esta situación”.

Respuesta de Telecuidado:

“Para llevar adelante una relación sana, ambas partes tienen que dar y recibir en la misma medida, si no el desequilibrio está asegurado, y esto conlleva a una larga crisis y finalización de una relación”.

“No sabemos cuál será el origen de ese miedo, pero sería interesante que lo consultaras con un profesional que pudiera orientarte y ayudarte a adquirir mayor seguridad en tí, para que te sientas libre de decidir por tí misma, sin depender de las decisiones que tomen otras personas. Si necesitas más aclaración no dudes en ponerte en contacto con nosotros”.

34.- NOMBRE: Txomin

Medio: Videoconferencia

“Ayer fui al médico y me dijo que me encontraba bien, pero hay algo que no me permite estar animado. Tengo como ganas de llorar todo el rato”.

“Creo que me siento muy solo”.

“Me da terror pensar que vuelvo a estar en casa solo”.

Respuesta de Telecuidado:

“¿Cómo te ha ido el día?”

“Muy bien, pues habrá que sacar tiempo para hacerlos, no??”

“Creemos que te conviene darte un paseo, salir a la calle para que te dé el aire. Seguro que así te encontrarás mejor”.

“Vemos que te han venido bien las vacaciones, y no estás solo, ya sabes que puedes contar con nosotros siempre que lo necesites”.

“¿Por qué no pones un calendario en tu cocina y lo utilizas para saber en qué día estás y controlar visitas médicas, etc?”

35.- NOMBRE: Urko

Medio: Email

“Soy una persona que no aporta nada a la relación y por eso se acaban mis relaciones”.

“Acabo siendo un joven más que sólo sabe beber más de la cuenta cada fin de semana con la esperanza de perder esa timidez y encontrar a alguien”.

“Voy a acabar siendo un solitario encerrado en las cuatro paredes de su habitación”.

“Muchas veces, se apodera de mí un temor a quedarme solo en la vida incapaz de compartir mi vida con alguien”.

Respuesta de Telecuidado:

“Efectivamente, parece ser que el pensamiento de soledad que te invade, genera en ti una desesperanza y un malestar”.

“Desde nuestro punto de vista, los bares y las discotecas siempre han sido lugares de encuentro y de relación interpersonal, pero si sólo te ocasiona el beber alcohol deberías pensar en otras bebidas alternativas”.

“También podría resultar ser conveniente la participación en algún grupo que te dote de herramientas más efectivas para afrontar las situaciones sociales, pues cómo tú dices, te “cuesta mucho comunicarte con chicas de tu edad”. Por ejemplo, grupos de

entrenamiento en habilidades sociales, grupos de encuentro etc., que generalmente se suelen desarrollar en algunas consultas de psicología”.

36.- NOMBRE: Patricia

Medio: Email

“Últimamente me siento muy sola, incomprensida y triste por los que me rodean”.

“Últimamente tengo muchos cambios de humor, tengo ganas de llorar pero no tengo a nadie!”

“Me veo sola en un desierto... y a veces me siento como un pez ahogándose en su propio mar”.

“No sé qué me pasa, lo único que entiendo es que, estoy mal”.

Respuesta de Telecuidado:

“Comentas que tienes ganas de llorar pero no tienes a nadie. Y creemos que este es el tema que primero tenemos que empezar a trabajar. Dices tener una buena situación en casa, quizás si comunicas con alguno de ellos como te sientes, te servirá de desahogo, ya que si no lo puedes hablar con nadie, esa angustia o ahogo irá creciendo, y esto te dificultará encontrar una salida a esta situación”.

“De todas formas por tu email pareces una persona muy auténtica y leal a tus principios, te felicitamos por ello, creemos que puede ser un aspecto tuyo muy beneficioso, pero que al mismo tiempo puede causar que los demás te decepcionen más fácilmente, ya que igual no cumplen tus expectativas”.

37.- NOMBRE: Valentín

Medio: Email

“Si nadie me animara, estaría en casa todo el día, solo y triste, como me pasó hace años, que caí en depresión, lo veía todo negro, no veía salida, era todo un túnel negro”.

“No tenía ganas de vivir, y además, los antidepresivos me dejaban cao”.

Respuesta de Telecuidado:

“Nos han enviado este power point que nos ha parecido muy bonito y con algunas imágenes impresionantes, esperamos que te gusten”.

38.- NOMBRE: Raquel

Medio: Email

“Me siento muy sola, yo diría que con mucho nerviosismo”.

“Hay días que me siento muy desanimada, y no sé con quién hablar o a quién contárselo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Puedes contactar con nosotros siempre que necesites contarnos algo, o simplemente para desahogarte. Te enviamos adjunto las instrucciones para una técnica de relajación que te puede ayudar a controlar el dolor y la ansiedad que éste te genera”.

39.- NOMBRE: Saioa

Medio: Videoconferencia

“En el mes de mayo pasé una época muy mala, muy triste, desanimada, pero sobre todo, nerviosa”.

“He pasado un invierno y otoño muy malo. He sentido mucha ansiedad y creo que por culpa de la ansiedad, me he deprimido mucho”.

“Tengo miedo de caer en el pozo negro en el que caí el año pasado”.

Respuesta de Telecuidado:

“Me parece muy buena idea. Te animo a que busques alguna actividad que sirva para mejorar tu estado de ánimo, como por ejemplo relajación o deporte, como natación, etc. Sobre todo porque te vas a relacionar con gente y no te vas a sentir tan sola”.

“Te recomiendo que te busques alguna actividad de ocio para que estés con gente y no te aísles. También estaría bien si te animaras a hacer algo de deporte; de esta manera puedes controlar la ansiedad y la depresión. Con respecto a la señora que cuidas, coméntale cómo te sientes y proponle la posibilidad de dedicar menos días a su cuidado”.

40.- NOMBRE: Tamara

Medio: Videoconferencia

“Me siento muy sola”.

“Me sentía muy desanimada y cansada, no me podía levantar de la cama, ni para comer”.

“La ansiedad no me deja tranquila. Igual tengo el corazón mal de tanta angustia y depresión que siento después de la muerte de mi marido”.

Respuesta de Telecuidado:

“Puedes contar con nosotras cuando quieras a través del Skype”.

“No tienes prisa, poco a poco ya lo irás ordenando”.

“¿Qué te ocurrió?”

“Y ¿cuándo tienes que volver al médico para la revisión de las pastillas que te han mandado tomar?”

“Sí, eso es una tranquilidad”.

“De nada, Ya sabes que aquí estamos; ya te llamaremos el día 3 para ver que te ha dicho el médico”.

41.- Nombre: Úrsula

Medio: Email

“Me siento sola”.

“Al ver la sociedad que me rodea me siento completamente sola y perdida. Siento que no encajo y sé que soy muy sensible pero luchar contra todo me está absorbiendo las fuerzas”.

”Siento que las personas que me rodean no saben realmente todo lo que se mueve en mi interior”.

“Tengo miedo de perder todas esas cosas que me hacen ser yo misma”.

Respuesta de Telecuidado:

“Ser sensible hacia las necesidades y conflictos de otras personas te hace una persona extraordinaria, pero en la medida en que esa sensibilidad invade tu estado emocional aparece un contagio que inunda tu estado de ánimo”.

“Tienes algo muy positivo y en lo que eres muy afortunada, es conocerte y tener claro que cosas te gustan y cómo te gustan y seguro que habrá gente a tu alrededor que te envidie en este aspecto. Dices que las personas que te rodean no saben lo que se mueve en tu interior y puede ser esto lo que te genere ese sentimiento de soledad, quizás si pruebas a poder contárselo a alguien”...

42.- NOMBRE: Walter

Medio: Chat

“Ando algo preocupado porque no se me pasa lo del catarro, creo que me voy a quedar así para siempre”.

“Nuestras vidas con los problemas de salud que por ahora no pasan de ahí..., pues, no salimos de los médicos, esto no es obstáculo para vivir bien el presente”.

“Da gusto saber que estáis al otro lado, que no estamos solos, que podemos contaros nuestras preocupaciones y problemas”.

Respuesta de Telecuidado:

“Que bien os lo montáis!! Me parece de maravilla. Allí se os quitan todos los males. Ya hablaremos antes de que os vayáis”.

“Muy bien pues estaremos atentas para preguntaros por la cita con el médico y para conocer qué tal la estancia en el balneario”.

“Bueno, pues ya os veo atareados con un montón de planes... ¡estupendo!”...

“Pero lo importante es tener buena salud, como vosotros”.

“Alguna cosilla es normal tener, pero que todos los males sean esos, ¿no creéis?”

“Bueno, lo importante es que estáis juntos, y todos los males se llevan mejor, ¿no? Mucho ánimo a los dos!!”

“Vale Walter, ya sabes que puedes contar con nosotras para lo que necesites.”

43.- NOMBRE: Xabier

Medio: Videoconferencia

“Pues aquí, algo fastidiado. Hace 2 años tuve una degeneración macular de la retina y ahora ando fastidiado porque no veo mucho. Antes andaba yo solo conduciendo, leyendo... ahora, ya nada de nada... Por lo menos estos días ando por la huerta, como me recomendasteis y me entretengo... hasta que llegue el invierno”...

“Me apunté a eso de un taller de jardinería en maceta, con todo lo que me animasteis para que no estuviera inactivo!! Me apuntó mi nieta, debe ir a sorteo, así que a ver”....

“Me da mucha tranquilidad saber que estáis ahí cuando vuelva”.

Respuesta de Telecuidado:

“Pues tendrás que mirar para apuntarte a algo entretenido durante el invierno”.

“Pues a ver si hay suerte y toca, así sigues con la afición”.

44.- NOMBRE: Virginia

Medio: Email

“Todo iba bien hasta que mi hámster Roki se murió”.

“Desde su muerte nada ha sido igual, casi nunca salgo y no tengo muchos amigos”.

“He empezado a tener miedo a la oscuridad”.

“Mi casa es bastante deprimente y en mi casa hay muchas broncas”.

“Ya no sé qué hacer”.

Respuesta de Telecuidado:

“Entiendo muy bien lo que sientes. Perder una mascota, no es sólo perder a tu animal de compañía, es perder a un amigo y un apoyo muy especial en los momentos difíciles”.

“No te preocupes, la timidez se va venciendo poco a poco. De todas maneras, puede que el verano te ofrezca la posibilidad de apuntarte a algún curso de algo divertido (baile, teatro, manualidades, etc.) y que allí conozcas a alguien interesante con quien te apetezca quedar y hablar”.

“En cuanto a las luces, puedes ponerte en la mesilla, si tienes, una lamparita para dejarla encendida hasta que te duermas. Cuando estés en la cama y te entre miedo, cierra los ojos y cuenta hasta 3. A continuación, piensa en algo que te agrada y que te haga sentir bien y mantente concentrada pensando en ello, mientras respiras profundamente”.

45.- NOMBRE: Yago

Medio: Email

“La muerte de mi madre ha sido muy duro”.

“Cuando tenía un problema siempre me ayudaba”.

“Al principio, tenía la sensación de que podía haber hecho más”.

“Pienso que he sido demasiado egoísta, pensando en mis problemas y no acordándome de los suyos”.

“Pensaba que con el tiempo estas sensaciones pasarían, pero han ido a más, hasta el punto de no dejarme dormir”.

Respuesta de Telecuidado:

“Te adjuntamos un programa que elaboramos en Telecuidado sobre los sentimientos y emociones que afloran tras la muerte de un ser querido. En él comprobarás que el estado en el que te encuentras es normal, pues, tras haber vivido la experiencia que relatas, te encuentras en la fase de la toma de conciencia de la pérdida”.

46.- NOMBRE: Wilma

Medio: Email

“Cada vez que acaba de comer se va al baño y se está un rato, siempre, absolutamente siempre que come algo, sin excepción”.

“Está muy delgada para la cantidad que come.”

“El otro día vino a cenar a casa, no comió gran cosa y se atascó el lavabo del baño, estaba lleno de comida.”

“¿Qué podemos hacer? Estamos muy preocupados”.

Respuesta de Telecuidado:

“Creemos que lo primero es hablar con ella sobre vuestras sospechas, transmitiéndole vuestra preocupación y apoyo, para que no se sienta invadida o controlada. Probablemente, esta reacción suya con la comida, sea consecuencia de alguna situación personal o familiar que le genere mucha ansiedad e inseguridad, aunque puede ser que ni ella misma lo sepa”.

“Os adjuntamos a este email un programa sobre trastornos alimentarios. Confiamos en que os resulte útil para poder conocer más a fondo esta patología, y de esta manera entender mejor la problemática por la que está pasando vuestra amiga”.

47.- Nombre: Ximena

Medio: Email

“Estoy cambiando mi forma de ser por él e incluso estoy comiendo menos de lo normal para intentar gustarle”.

“Además del régimen que me he puesto, también me he apuntado a un gimnasio para sudar mucho y adelgazar más rápido”.

“Mi familia siempre están encima mío, siempre está enfada conmigo”

“Me dicen que estoy adelgazando mucho, pero nunca me entienden”.

Respuesta de Telecuidado:

“Primero decirte que la lucha libre que te gusta no tiene por qué crearte problemas, pues, a toda la gente le gusta cosas distintas, ya que no somos todos iguales en cuanto a gustos. Y entra dentro del “respeto” a las diferencias de las personas”.

“El tema de adelgazar es bueno si lo haces para sentirte mejor, pero tienes que tener cuidado de hacerlo dentro de unos límites y que no te perjudique la salud ni que se transforme en una obsesión. Si esto último ocurriera añadirías un problema más y para quitarlo te va costar mucho, creo que no te valdría la pena. Sería importante reflexionar sobre lo que te gusta tanto en este chico, que te hace depender de él hasta el punto de querer cambiar tu aspecto físico”.

48.- Nombre: Yolanda

Medio: Email

“No sé muy bien para qué sirve Gazteline y quería pedir información sobre esto. ¿Me la podréis dar?”

Respuesta de Telecuidado:

“El programa está dirigido a jóvenes que, en el círculo social o familiar en el que se mueven, no encuentran las condiciones necesarias para poder exponer sus dudas o problemáticas, ya sea por vergüenza, timidez, temor a represalias, o cualquier tipo de dificultad que impide poder demandar comprensión y ayuda. Por supuesto, el servicio es gratuito”.

“Por otro lado, te recordamos que éste es un espacio anónimo de todos los participantes, donde esperamos respetarnos todos y también la confidencialidad de todas las preguntas y respuestas dentro del código ético profesional para poder sentirnos con mayor libertad y para expresar lo que queramos y así optimizar nuestra eficacia y labor profesional”.

49.- NOMBRE: Zacarías

Medio: Email

“¿Tenéis algo de esto o sabéis algo de esto para hacer un trabajo de la universidad?”

Respuesta de Telecuidado:

“Te enviamos la siguiente documentación:

- 1.- Programa de técnicas de control emocional
- 2.- Terapia de pareja de Gottman 1
- 3.- Terapia de pareja de Gottman 10
- 4.- Cuestionario de parejas
- 5.- Cómo solucionar conflictos
- 6.- Actitud mental positiva”

50.- NOMBRE: Andoni.

Medio: Email

”Quería un poco de información sobre si podéis ayudarme en mi caso”.

“Mi madre (65 años) lleva 8 meses con depresión (que manifiesta con diferentes dolores de cabeza y estómago, dificultad para razonar, ansiedad, y un largo etc., de elementos psicósomáticos)”.

“¿Podrías ayudar a mi madre con la teleasistencia o su caso no es indicado para vuestra forma de trabajo?”

Respuesta de Telecuidado:

“Uno de los objetivos para los que está pensado el programa “Telecuidado de la Salud Psíquica” es combatir la soledad y depresión en personas mayores (adjuntamos tríptico informativo), estableciendo sesiones periódicas con profesionales online, tratando de transmitir consejos y hábitos útiles para mejorar la calidad de vida de aquellas personas que lo necesiten”.

“Nos gustaría saber si tu madre tiene conocimientos informáticos básicos para poder manejar un ordenador con adsl y webcam, ya que nuestra forma de trabajo es mediante las nuevas tecnologías.”

51.- NOMBRE: Bernat

Medio: Email

“Voy a correr una maratón y quiero prepararme a nivel psicológico para la prueba”.

“Me podría venir bien alguna pauta a seguir”.

“¿Sabéis de alguna dirección web con información fiable?”

Respuesta de Telecuidado:

“Te enviamos adjunto información sobre maratón y psicología”.

52.- NOMBRE: Cristóbal

Medio: Email

“Estoy con una persona mayor, cuidándole durante muchas horas al día, y me estoy quemando”.

“Estoy perdiendo oportunidades en mi vida personal, laboral, amistades, vacaciones, etc. y trato de cambiar porque sé que algo no va bien, pero soy incapaz”.

“Me está cambiando hasta el ánimo”.

Respuesta de Telecuidado:

“Te enviamos un programa orientativo que te puede servir de guía para controlar el estrés que supone cuidar una persona mayor”.

53.- NOMBRE: Zuriñe

Medio: Videoconferencia

“Cuido a mi marido con comienzos de alzheimer, lo que me genera frustración e impotencia”.

“Me siento muy sola”.

“El otro día se cayó de la cama, y no podía levantarlo; él tampoco podía; me llevé un disgusto”.

“No sé si voy a ser capaz de aguantar esta situación”.

Respuesta de Telecuidado:

“¿Qué tal estás?”

“Así que va perdiendo memoria”...

“Siento mucha angustia en tu tono de voz; y los hijos, ¿qué dicen?”

“Es una buena alternativa”.

54.- NOMBRE: Ainhoa

Medio: Email

“Me encuentro en una situación difícil. Mi marido hace ya tres años que tuvo un accidente”. “Me resulta tremendamente difícil seguir con él”.

“Yo no siento lo que sentía por él ya que no es la misma persona”

“Me fuerzo a estar día tras día a su lado porque creo que es mi obligación”.

“Me gustaría saber la opinión de algún profesional, me encuentro bastante desesperanzada y triste”.

Respuesta de Telecuidado:

“Como has comentado, la situación que vivencias te genera desesperanza y tristeza. Tales estados de ánimo no facilitan la toma de decisiones, ya que provocan índices elevados de estrés que resultan paralizantes; es por esto que proponemos como prioritario actuar en este ámbito, gestionar tus tiempos de trabajo y de ocio y post-poner la toma de decisiones a otro momento de mayor fortaleza psíquica y relajación”.

“Cualquier curso que responda a tus inquietudes, te ayudará a ampliar tu red social y resultará positivo para ti”.

“El deporte, el pasear, el ejercicio físico en general, supone una fuente de descarga de estrés además de fortalecerte físicamente”.

“Así mismo, te recomendamos que acudas a la conferencia: CUIDAR y CUIDARSE que tendrá lugar el día”...

55.- Nombre: Diego

Medio: Email

“Mi madre vive con nosotros desde hace algunos años. Actualmente tiene 72 años y sufre Alzheimer”.

“Desde hace un año más o menos ha empeorado considerablemente”.

“La situación es más difícil de llevar y ahora está afectando a mi vida matrimonial”.

“No sé cómo actuar”.

“No puedo abandonar el cuidado de mi madre pero tampoco quiero abandonar mi matrimonio”.

Respuesta de Telecuidado:

“Tras la descripción de tu actual situación, que como tú indicas, ahora está afectando a tu vida matrimonial, creemos que compatibilizar el cuidado de dos personas tan importantes en tu vida, resulta una tarea complicada. La situación de tu madre parece delicada, y puede movilizar altos niveles de estrés, por lo que te recomendamos que cuides dos áreas fundamentales: por un lado, es necesario delegar parte del cuidado a otras personas y/o instituciones o centros (Bienestar Social de Diputación: xxxxxxx), y por otra, cuidar tu salud mental, mediante relajación, actividades de ocio, deporte, etc., a ser posible en compañía de tu mujer, para que compartáis diferentes momentos que no estén relacionados con el cuidado de tu madre”.

56.- NOMBRE: Begoña

Medio: Email

“Me siento sola y desbordada y muchas veces no encuentro con quién desahogarme”. “Me toca cuidar de mis padres, somos 3 hermanas y yo soy la única que se responsabiliza de mis padres”.

“Me preocupa si esto puede ir a peor. Es como si estuviera estancada y no pudiera salir de ahí”.

“No quiero que me contestéis, sólo quiero desahogarme. Espero que el psicólogo me eche una mano”.

57.- NOMBRE: Egoitz

Medio: Chat

“Está mi madre ingresada. Le han detectado un cáncer y lo tiene muy extendido”.

“Ando muy preocupado, con mucha ansiedad. Y me siento tan solo... Es muy duro cuidar a los dos padres uno solo”.

“No me encuentro con ganas de salir a la calle. Me siento muy desanimado”.

“Me dolieron mucho algunas cosas que me dijo mi padre, que no sirvo para nada, que soy un inútil, ojalá no hubiera nacido... encima de que le cuido”.

Respuesta de Telecuidado:

“Bueno, tienes suerte de que tu novia está ahí apoyándote”.

“Bueno Egoitz ya sabes que puedes llamarnos cuando quieras”.

“Es mejor que vayas al médico aunque estés desanimado. ¿Tienes fiebre?”

“¿Por qué no llamas al médico para que te venga a ver a casa?”

“Anímate y llámale. Está muy bien que cuides a tus padres, pero también te tienes que cuidar tú”.

“Es posible que sufras burn-out y necesitas descargar tensiones. Te vamos a facilitar información para que le eches un vistazo. En principio parece que te podría venir bien”.

58.- NOMBRE: Charo

Medio: Chat

“Notaba sensaciones raras todo el rato ¡Me quiero morir!, ya no me queda nada por hacer en esta vida”.

“Soñé que tenía que matar a gente”.

“Parece que me hubieran metido una sierra eléctrica por el estómago y me sube hasta el pecho”.

“Contaros mis sensaciones me alivia un montón”.

Respuesta de Telecuidado:

“No digas eso, todavía tienes un montón de cosas por hacer y gente por la que seguir adelante”.

“Claro que sí, tienes que hacer muchos cuadros, seguir con tu diario, cuidar de tus hijos”...

“Eso no es verdad, le tienes que ayudar a tu hijo cuando le operen, tienes que ayudar a la chica que va contigo a clase de pintura, a tu vecina, a tu hermano”...

“Charo, no saques las cosas de quicio. La chica solo querría tener una conversación contigo, por hablar de algo”.

“Carmen, es que siempre estamos igual. Así, no haces nada. Si piensas todo el día en las sensaciones que tienes, no pones solución al problema.... ¿has ido a pintar hoy?”

59.- NOMBRE: Felipe

Medio: Videoconferencia

“Tengo la impresión de que se ríen de mí. Además igual vienen a por mí para matarme. Ya lo han intentado en otras ocasiones, pero han fallado”.

“No puedo evitar estas ideas, menos mal que me recuerdas que no son reales, sino me dejo llevar por ellas, y acabo ingresado en psiquiatría”.

Respuesta de Telecuidado:

“Bueno, y como has dormido la siesta ahora has cogido fuerza para hacer muchas cosas ¿no?”

“¡Qué bien! tu madre te lo agradecerá un montón, ¿no?”

“¿Quién te quiere matar?”

“Bueno Felipe, ya sabes que son ideas irreales, producidas en tu cabeza, que no son reales. Bueno, ¿y qué has hecho en el centro?”

“Pues no se te dará tan mal, si no, no los tendrías colgados en casa, ¿no crees?”

60.- NOMBRE: Dorleta

Medio: Chat

“Lo que dice mi novio coincide con las voces que tengo en mi cabeza, que son de verdad! Que voy a matar a gente! ¡Que sí que son de verdad!”

“Nadie puede ver lo que estoy haciendo, ¿no?, cuando estoy sola en casa, no me ve nadie, ¿no? Vale, pues ya me quedo más tranquila”.

Respuesta de Telecuidado:

“Dorleta, tranquila, ya sabes que las voces que oyes en tu cabeza, que no son reales, son consecuencia de la enfermedad que tú tienes. NO son de verdad”.

“No, Dorleta, cuando estás sola en tu casa, no te puede ver nadie lo que hace, y nadie se puede meter en mis pensamientos”.

61.- NOMBRE: Edurne

Medio: Chat

“Ella está enferma y yo no, por eso me tiene envidia”.

“No me quiere dar el dinero; mi madre no se puede enterar de que le he pedido dinero a mi amigo, porque si se entera, me encierra en el psiquiátrico, porque ya sabes que mi madre tiene muy mala leche”.

“Aunque hay días que la tengo manía, y no la aguanto, me siento un poco mal por sentir eso con mi hija”.

Respuesta de Telecuidado:

“Ya Edurne, pero ya sabes, por qué no te cogía el teléfono, si le llamabas más de veinte veces al día, entiende que se sintiera un poco agobiada”.

“No tiene por qué, el trabajo es algo necesario, te guste o no te guste, entre otras cosas, porque el dinero hace falta”.

“Edurne! Yo no te he dicho eso, yo te digo que para vivir, hace falta trabajar, te guste o no. Hay gente que tiene la suerte de trabajar donde le gusta, y otra gente, que tiene que hacerlo donde puede”.

“Pero tienes que comer, puedes comer algo más ligero si no quieres engordar, pero antes de hacer deporte, necesitas tener algo de energía”.

“Si has decidido cortar con ella, olvídate del asunto. Que no merece la pena que sigas dándole vueltas”.

“Bueno Edurne, olvídate un poco de tu amiga ahora, encima me dijiste que ya habías cortado con ella, ¿no? Ahora estate con la niña”.

62.- NOMBRE: Fátima

Medio: Videoconferencia

“Estoy muy preocupada porque he viajado a Inglaterra este mes de julio y tengo miedo de haberme contagiado con la gripe A”.

“No tengo síntomas griposos, pero no me lo puedo quitar de la cabeza”.

“Cuando me dieron los resultados me quedé más tranquila, pero luego empecé a pensar y a preocuparme... y sigo preocupada”.

“Duermo bastante mal últimamente, y tengo miedo de desarrollar alguna enfermedad por la falta de descanso”.

Respuesta de Telecuidado:

“Si tienes algún síntoma griposo, puedes acudir a urgencias y que te hagan un análisis para descartar cualquier contagio. De todas formas, para que te quedes más tranquila también puedes ir al médico de cabecera, le explicas tu preocupación para que te hagan un análisis y descartar cualquier tipo de contagio”.

“Si te han hecho las pruebas, y da negativo, quiere decir que no estás contagiada. Este tipo de pruebas están habituadas a hacerlas cada día, así que son seguras. De todas formas, tienes seguro privado, ¿no?”

“Lo que puedes notar es falta de concentración, por ejemplo, pero no desarrollar una enfermedad. Te voy a enviar por email un programa sobre cómo mejorar los hábitos del sueño, que seguro que te ayuda. Ya me dirás qué tal cuando lo pongas en práctica”.

63.- NOMBRE: Garbiñe

Medio: Email

“Me dan pánico las extracciones de sangre”.

“Me da vergüenza pedir ayuda por ello”.

“Me resulta tremendamente vergonzoso que se me escapen las lágrimas o que me desmaye cada vez que me tengan que hacer un análisis”.

“¿Conocen algún sistema que puedan recomendarme o algún libro que pueda leer al respecto para ayudarme con este problema “menor”?”

Respuesta de Telecuidado:

“Generalmente es necesaria la ayuda de un profesional porque las técnicas más adecuadas para afrontar el problema que comentas son la autohipnosis y desensibilización sistemática principalmente”.

“Desde el punto de vista técnico hay libros de autoayuda en la colección Grijalbo, como por ejemplo, recomendable el siguiente: Viva sin temores, Aprende a dominar tus fobias y temores. ¿Sufres de ataques de pánico? Los autores son H. Fensterheim y J. Baer”.

“Sobre autohipnosis es más difícil poder recomendarte uno en concreto porque depende mucho de tu personalidad, pero también existen, como “Autohipnosis. Guía práctica de Adam Burke”, por ejemplo”.

64.- NOMBRE: Haizea

Medio: Email

“Voy a empezar a dar clases a varios niños que sufren hiperactividad y déficit atencional.” “Desconozco este trastorno”.

“Quiero indicaciones educativas, pautas que tengo que llevar a cabo con los niños como profesora”.

Respuesta de Telecuidado:

“Te enviamos adjunto un programa de hiperactividad y déficit de atención con las características descriptivas del trastorno, así como pautas sobre cómo actuar. También puedes acudir a la Asociación que se dedica a este colectivo, que se encuentra en la casa de Asociaciones de Vicente Abreu”.

APÉNDICE J. Cuestionario de satisfacción.



Skype: Telecuidado de Salud Psíquica
www.telecuidado.net; email: info@telecuidado.net

**ENCUESTA dirigida a las personas usuarias DEL SERVICIO
 “TELECUIDADO DE LA SALUD PSÍQUICA”**

A continuación te realizamos algunas preguntas para conocer tu grado de satisfacción y eficacia con respecto a los servicios que te hemos prestado.

Se trata de que puntúes según tu opinión, teniendo en cuenta que:

0 = muy bajo, muy malo, muy a disgusto
 6 = muy alto, muy bueno, muy a gusto

Si alguna de las preguntas no se aplica a tu caso, no pongas nada.
 Es anónimo. No pongas tu nombre. Pero sí indícanos, por favor:

Mujer Hombre

EDAD:

- Hasta 18 años
- De 19 a 29 años
- De 30 a 39 años
- De 40 a 49 años
- De 50 a 59 años
- De 60 a 65 años
- De 66 en adelante
- S/ Especificar

1. Qué te parece cómo hacemos las cosas, en general,

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Rapidez en atenderte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Trato amable y cercano | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Profesionalidad y capacidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Capacidad de escucharte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Capacidad para entenderte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Honestidad y sinceridad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Capacidad de ofrecerte distintos servicios | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Utilidad de las soluciones a tus necesidades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Capacidad de estar “ahí” cuando lo necesitas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Respuesta a tus necesidades concretas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| k. Respeto a tus valores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

l. Medios técnicos con los que te atendemos 0 1 2 3 4 5 6

m. Las personas que te atendemos 0 1 2 3 4 5 6

2. Estás satisfecho/a de cómo te hemos ayudado en el ámbito de la **salud psíquica**:

0 1 2 3 4 5 6

¿En qué deberíamos mejorar?

3. Estás satisfecho/a de cómo te hemos ayudado en el ámbito de la **autonomía** desde el punto de vista psicológico:

0 1 2 3 4 5 6

¿En qué deberíamos mejorar?

4. Estás satisfecho/a de cómo te hemos ayudado en los **momentos de crisis**:

0 1 2 3 4 5 6

¿En qué deberíamos mejorar?

5. Estás satisfecho/a de cómo te hemos ayudado en el ámbito de **desarrollo personal**

0 1 2 3 4 5 6

¿En qué deberíamos mejorar?

6. ¿En qué medida crees que la ayuda recibida te ha servido para disminuir tu **posible estado de ansiedad**?

0 1 2 3 4 5 6

7. ¿En qué medida crees que la ayuda recibida te ha servido para superar tu **posible estado de tristeza**?

0 1 2 3 4 5 6

EN GENERAL

¿Dónde no hemos llegado?

¿Qué es lo que más te ha gustado de nosotros/as?

¿Qué es en lo que más te hemos ayudado?

SUGERENCIAS

Con la colaboración de:



Facultad de Psicología y Educación