

Cárdenas López, Georgina; Botella Arbona, Cristina; Quero Castellano, Soledad; de la
Rosa Gómez, Anabel; Baños Rivera, Rosa María

Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en
población mexicana

Psicología Iberoamericana, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 45-54
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229006>

Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana

*Telepsychology Program to Treat Public-Speaking Anxiety
among the Mexican Population*

Georgina Cárdenas López¹

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM), MÉXICO

Cristina Botella Arbona

Soledad Quero Castellano

UNIVERSIDAD JAUME I (UJI), ESPAÑA

CIBER DE FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD Y NUTRICIÓN (CIBERONB)

Anabel de la Rosa Gómez

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM), MÉXICO

Rosa María Baños Rivera

UNIVERSIDAD DE VALENCIA (UV), ESPAÑA

CIBER DE FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD Y NUTRICIÓN (CIBERONB)

RESUMEN

La fobia social es un problema de salud mental a escala mundial que no es diagnosticada y atendida en forma adecuada. Debido a que México presenta una alta prevalencia del trastorno, se puso a prueba un programa de telepsicología para miedo a hablar en público, que anteriormente probó su eficacia en población española. La muestra se conformó por 43 participantes: 26 mujeres y 17 hombres, entre 19 y 60 años de edad ($M = 32.51$). Todos los participantes cumplían los criterios del DSM-IV para fobia social: miedo a hablar en público. Se empleó un ensayo clínico “aleatorizado” con tres condiciones de tratamiento: asistido por terapeuta ($n = 16$), auto aplicado ($n = 14$) y lista de espera ($n = 13$), con medidas repetidas intrasujeto (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a tres meses). Los resultados muestran cambios significativos intragrupo en los indicadores fóbicos en ambos grupos de tratamiento, superiores al grupo control. Los datos obtenidos apoyan la generalidad del programa de telepsicología en población mexicana.

Palabras clave: miedo a hablar en público, fobia social, terapia cognitivo-conductual, telepsicología, diseminación de los tratamientos.

ABSTRACT

Social anxiety is a global mental health problem that is not properly diagnosed and treated. Since Mexico has a high incidence of this disorder, a telepsychology program for public speaking anxiety was tested here, after already having proved effective among the Spanish population. The sample consisted of 43 participants: 26 women and 17 men between 19 and 60 years old ($M = 32.51$). All the participants met the DSM-IV criteria for social anxiety: fear of public speaking. A randomized clinical trial was used with three treatment conditions: assisted by therapist ($n = 16$), self-applied ($n = 14$) and waiting list ($n = 13$), with repeated within-subject measures (pre-treatment, post-treatment and three-month follow-up). The results show significant intra-group changes in the anxiety indicators in both treatment groups, higher than the control group. The data obtained supports the generalization of the telepsychology program for the Mexican population.

Keywords: fear of public speaking, social anxiety, behavioral cognitive therapy, telepsychology, dissemination of treatment.

¹ Recibido: 24 de octubre de 2013 – Aceptado: 24 de febrero de 2014.

Correspondencia: Av. Universidad 3004, col. Copilco Universidad México D. F. C. P. 04510. Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología. Edif. B, primer piso. Laboratorio N.2 E-mail: cardenas.georgina@gmail.com. Tel: (55)56222292.

INTRODUCCIÓN

La fobia social (fs) es un trastorno de ansiedad social que en los últimos años se ha reconocido como un problema de salud mental que no es diagnosticado y atendido con oportunidad (Scheneier, Johnson, Horning, Liebowitz & Weissman, 1992). Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la fs se caracteriza por la presencia de miedo intenso y persistente relacionado con una o varias situaciones en las que la persona puede actuar de modo ridículo o humillante delante de otros; es decir, se trata de situaciones en las que el individuo se expone a la observación o evaluación de otras personas (Botella, Baños & Perpiñá, 2003).

Estudios epidemiológicos reportan que la fs es uno de los trastornos de ansiedad de mayor prevalencia en la población mundial, que oscila entre 7 y 13%. En México, la última encuesta nacional psiquiátrica informó que entre los diferentes trastornos de ansiedad, la fs (4.7%) se encontró entre los de mayor prevalencia (Medina-Mora et al., 2003).

La fs es un trastorno que requiere atención, puesto que provoca numerosas e importantes consecuencias para la persona que lo padece: presenta niveles altos de ansiedad y, aunque tanto el miedo como la evitación pueden manifestarse en formas muy variadas, limitan las posibilidades de desarrollo personal y afectan la calidad de vida.

Hope y Heimberg (1993) distinguieron tres subtipos de fobia social: a) fobia social generalizada: el miedo a la mayoría de las situaciones sociales, b) fobia social no generalizada: temor a varias situaciones sociales, y c) fobia social específica o discreta: el miedo a situaciones limitadas y específicas, por ejemplo, el miedo a hablar en público. Aunque no todas las personas con fobia social tienen miedo a hablar en público, en este estudio se aborda el tratamiento para este subtipo en particular, ya que es un trastorno frecuente en la población mexicana (Antona, Delgado, García & Estrada, 2012).

En la última década han emergido aportaciones importantes en el desarrollo de tratamientos eficaces para el tratamiento de la fs. En la revisión de la literatura destacan los tratamientos cognitivo-conductuales que han demostrado mayor eficacia (García-López et al., 2006; Salaberría & Echeburúa, 2005). Sin embargo, estos tratamientos son poco utilizados (Andrews,

Issakidis & Carter, 2001). Diversas razones explican la limitada utilización de estos programas de tratamiento. *Sólo un pequeño porcentaje de personas buscan ayuda profesional* en forma activa debido a sus problemas psicológicos, lo que se aúna a la dificultad de los participantes para acceder a los tratamientos, ya sea por cuestiones geográficas que los separan de los centros de salud, por cuestiones de tiempo, o por los costos elevados de los tratamientos, puesto que personas con bajos ingresos económicos no pueden costearlos, y tampoco el sistema de salud público del país (Bebbington et al., 2000).

El desarrollo de los avances tecnológicos ha generado alternativas para asistir en la evaluación y tratamiento de distintos trastornos psicológicos. En este sentido, emerge el término *telepsicología*, que pertenece al campo de la telesalud, y que se refiere a la provisión de servicios de salud a distancia (Standing Committee of Family and Community Affairs, 1997), mediante el uso de tecnología de videoconferencia, teléfono, radio, televisión e internet para poner en contacto a los participantes con profesionales de la salud mental.

Una de las tecnologías más usadas para acceder a los programas de telepsicología es internet. En los últimos años se observa el rápido aumento en el número de lugares que proporcionan apoyo profesional y programas específicos de autoayuda, así como psicoterapias en línea (Cárdenes, Flores & De la Rosa, 2012) que favorecen el acceso a estos programas sin importar distancias o barreras sociales.

Glasgow y Rosen (1982), clasificaron los tratamientos de autoayuda en: a) tratamientos administrados por el terapeuta; b) tratamientos con asistencia mínima del terapeuta, y c) tratamientos autoaplicados. Es así como los tratamientos autoaplicados vía internet con asistencia mínima por parte del terapeuta se han aplicado con éxito a trastornos de ansiedad, por ejemplo, en casos de trastorno por estrés postraumático (Lange, Van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2003), trastorno de pánico (McGregor, Hayward & Wilkes, 2009) y fobia social (Andersson et al., 2006; Cárdenes, Muñoz & González, 2008; Carlbring et al., 2007). Cabe destacar que el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica, en Inglaterra (NICE, 2006), recomendó dos sistemas autoaplicados como la manera óptima para el tratamiento de depresión (*beating the*

blues) y ansiedad-pánico (*fear fighter*), antes que ofrecer tratamiento psicofarmacológico, lo que representa la primera recomendación con base tecnológica hecha a escala mundial por una institución reguladora de salud (Marks, Cavanagh & Gega, 2007).

Para el tratamiento del miedo a hablar en público (MHP) un grupo de investigadores españoles desarrolló el programa autoaplicado conocido como “Háblame” (Botella et al., 2007), que incluye un protocolo de evaluación y de tratamiento con orientación cognitivo-conductual, que se caracteriza por la evaluación continua del proceso terapéutico del participante. El programa autoaplicado ha obtenido resultados favorables y demostró su eficacia en un reciente estudio controlado con una muestra clínica diagnosticada por Fobia Social (Botella et al., 2010).

En México, el desarrollo de este tipo de sistemas es incipiente y debido a que existe una alta prevalencia del trastorno de FS, se decidió replicar el estudio controlado que se llevó a cabo en España y someter a

prueba la eficacia del tratamiento tanto en su modalidad autoaplicada como aplicado por un terapeuta. Esta línea de investigación permite corroborar la validez y generalidad del programa de tratamiento autoaplicado vía internet en otras poblaciones y contextos culturales. En el presente trabajo se presentan los resultados de efectividad, basados en un ensayo controlado con medidas de seguimiento a tres meses.

MÉTODO

Participantes

Un total de 43 participantes realizaron la postevaluación; 26 mujeres y 17 hombres entre 19 y 60 años de edad ($M = 32.51$). Abandonaron el tratamiento 23 participantes (seis de ellos asignados al tratamiento asistido por terapeuta; ocho, al tratamiento autoaplicado, y nueve, a la condición de lista de espera). La figura 1 presenta la distribución de los participantes desde la evaluación hasta la conclusión del tratamiento.

Figura 1

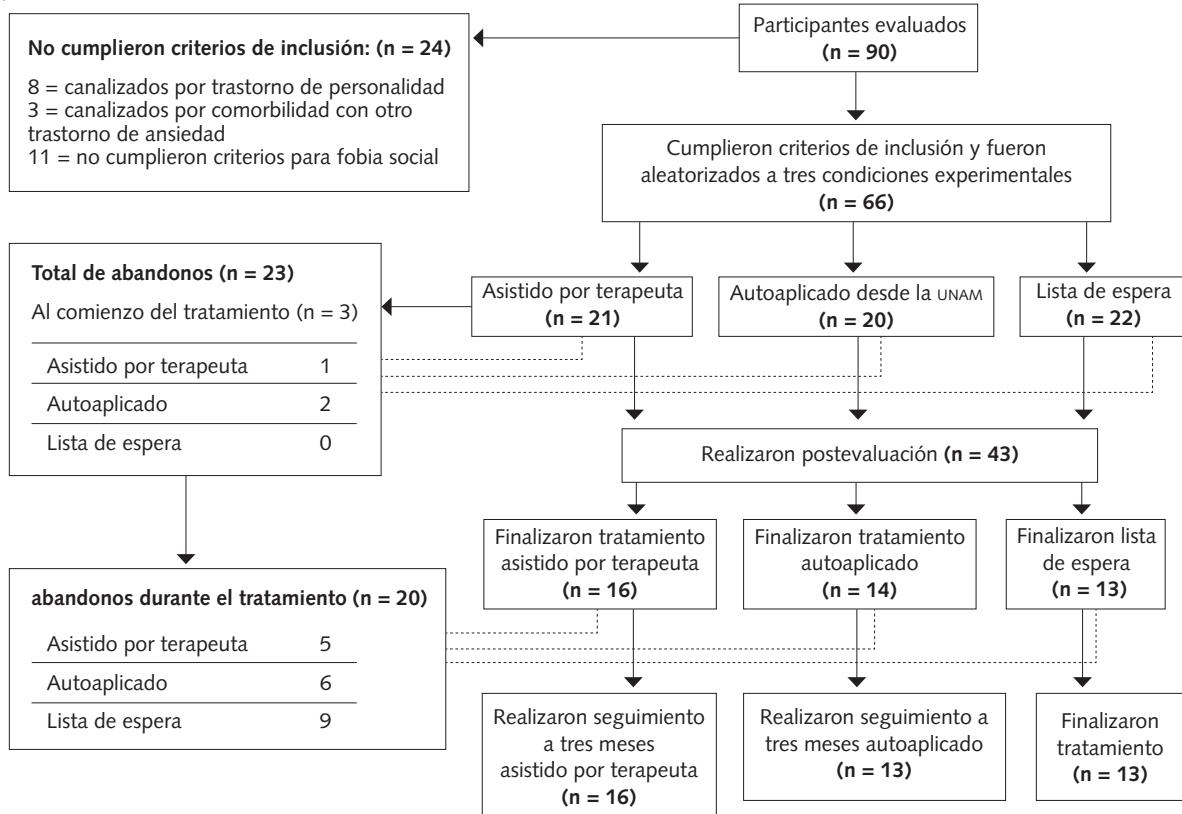


Figura 1. Número de participantes evaluados, asignados al azar a dos condiciones de tratamiento y lista de espera, abandonos, número de participantes que finalizaron el tratamiento y participaron en el seguimiento a tres meses.

Instrumentos y materiales

Los datos se recolectaron por medio de los siguientes instrumentos:

- Entrevista estructurada ADIS-IV (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994). Empleada para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-IV. Evalúa el grado de temor, de evitación y la frecuencia ante una serie de situaciones sociales. La gravedad se mide en una escala Likert de 5 puntos, en la que 0 es: “nada grave” y 4 es: “muy grave”.
- La Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (Fear of Negative Evaluation Scale [FNE]; Leary, 1983; Gallego, Botella, Quero, Baños & García-Palacios, 2007). Evalúa el aspecto cognitivo de la ansiedad social. El instrumento está formado por 12 ítems y la escala de respuesta va de 1: “nada característico en mí”, a 5: “extremadamente característico en mí”. Este cuestionario obtuvo una consistencia interna alta ($\alpha = 0,90 - 0,91$).
- La Escala de Evitación y Malestar Social (Social Avoidance and Distress Scale [SAD], Watson & Friend, 1969). Está conformada por 28 reactivos con dos posibilidades de respuesta —verdadero y falso—, que evalúan la ansiedad que experimenta la persona en situaciones sociales (14 ítems) y la evitación activa o deseo de evitación de esas situaciones (14 ítems). La escala ha mostrado una consistencia interna alta ($\alpha = 0,94$).
- Cuestionario de miedo a hablar en público (CMHP; Bados, 1986, adaptado por Botella et al., 2010). Pretende valorar la presencia y la intensidad de síntomas de ansiedad cuando se tiene que hablar en público. Está conformado por ocho reactivos y la escala de respuesta utilizada va de 0: “completamente en desacuerdo”, a 10: “completamente de acuerdo”. Fue validado en población española y mostró una buena estabilidad temporal ($r = 0,92$).
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE; Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). Son escalas separadas de autoevaluación que miden dos dimensiones de la ansiedad: la *ansiedad rasgo* consta de 20 afirmaciones, en las que se pide a los participantes que describan cómo se sienten generalmente ($\alpha = 0,86$); y la *ansiedad estado*, integrada por 20 afirmaciones que requieren que los participantes indiquen cómo se sienten en un momento dado ($\alpha = 0,54$).
- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory [BDI], Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). Consta de dos factores constituidos por un total de 21 reactivos. El inventario maneja una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 indica que no hay síntoma depresivo, 1: síntoma leve, 2: síntoma moderado, y 3: síntoma grave. El punto de corte para el diagnóstico es de 14 o más.
- Cuestionario de Confianza hacia el Programa de Tratamiento (CCPT; Botella, Baños & Perpiñá, 2001). Este instrumento está formado por cuatro reactivos que evalúan el grado de confianza en el programa de tratamiento autoaplicado. La escala de respuesta va de 0: “nada” a 10: “totalmente”.

El *hardware* que se utilizó fue una computadora Pentium II a 400 hz con 256 RAM, tarjeta gráfica de 64 MB. Ratón, teclado, bocinas o auriculares y un módem para el acceso a internet.

Diseño experimental

Se empleó un ensayo clínico aleatorizado con tres grupos independientes (Solomon, Cavanaugh & Draine, 2009) con medidas repetidas intrasujeto (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a tres meses). El estudio se integró con dos grupos experimentales (tratamiento asistido por terapeuta y tratamiento autoaplicado) y un grupo control (lista de espera).

Procedimiento

Por medio de la evaluación inicial de las personas que solicitaron el servicio psicológico se exploró si cumplían los criterios de inclusión para el estudio. El te-

Los instrumentos para medir el miedo a la evaluación negativa, evitación y malestar social así como el cuestionario de miedo a hablar en público fueron sometidos a validación interjueces para población mexicana (Cárdenas et al., 2009).

terapeuta llevó a cabo tres sesiones de evaluación. Ya establecido el diagnóstico, se explicó a los participantes en qué consistía el estudio y se les pidió que firmaran el informe de consentimiento. Las personas que aceptaron participar en el estudio fueron asignadas al azar a alguna de las tres condiciones experimentales. Los participantes asignados al grupo control fueron evaluados al solicitar el servicio, y después de tres meses se les contactó para realizar una segunda evaluación. En ese momento fueron asignados a una de las dos condiciones de tratamiento.

El tratamiento se brindó en sesiones individuales y semanales por cuatro psicoterapeutas, tres mujeres y un hombre. En una fase previa al tratamiento, los psicoterapeutas fueron capacitados en el uso del programa de telepsicología y el protocolo de tratamiento (Botella et al., 2007). El promedio de sesiones individuales en las dos condiciones fue de 14, con una duración de 45-60 minutos y una periodicidad semanal. Los participantes asignados al grupo de tratamiento autoaplicado debían acudir semanalmente al centro de servicios psicológicos de la UNAM, donde disponían de una computadora para trabajar con el programa. El participante podía contactar al terapeuta si tenía algún problema técnico.

Programa de telepsicología

El *software* del programa de telepsicología está integrado por tres módulos genéricos dedicados a la evaluación, el tratamiento y la prevención de recaídas. En la sección de tratamiento se incorporan técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación, reestructuración cognitiva y exposición; dentro del componente de exposición se encuentran 10 escenarios que consisten en videos de audiencias reales en situaciones de hablar en público, como: salón de clases (entre 7-8 a 20-30 estudiantes); examen oral (se encuentran tres comités de entre tres a cinco profesores de ambos sexos), reuniones de trabajo (grupo de colegas de entre 6 a 12 personas, incluyendo al jefe) y un escenario dedicado a la interacción en grupos sociales no formales, como una boda. El participante debe hacer la presentación oral de algún tema relacionado, frente al respectivo escenario.

RESULTADOS

Con la finalidad de determinar las diferencias entre los tres grupos (asistido por terapeuta, autoaplicado y grupo control), antes de la intervención se elaboró un análisis de varianza para cada una de las variables dependientes utilizadas en este estudio. No se observaron diferencias significativas en las variables como: sexo ($\chi^2 = 2.9, p = .22$), estado civil ($\chi^2 = 5.5, p = .47$), y diagnóstico ($\chi^2 = 4.1, p = .79$). Se calculó la prueba de Kruskal-Wallis en el caso de la variable edad ($z = -3.2, p = .19$), donde no se mostraron diferencias significativas entre los grupos. En relación con las medidas específicas de *fs*, ansiedad y depresión, los resultados indican que los tres grupos no difieren significativamente entre sí en ninguna de estas variables.

Los resultados obtenidos se presentan en dos apartados: medidas de fobia social, ansiedad y depresión; y medidas sobre actitudes al programa autoaplicado y satisfacción del tratamiento (*vid. tabla 1*). A fin de determinar la eficacia del tratamiento autoaplicado “Háblame”, se computó un análisis de varianza de medidas repetidas a través del programa estadístico SPSS-19, que comparó las medidas del “pretest” contra las medidas “postest” en las tres condiciones experimentales.

Los resultados indican cambios significativos en el tamaño del efecto en todas las medidas de indicadores fóbicos y clínicos en los grupos de tratamiento (autoaplicado y asistido por terapeuta) en relación con el grupo control; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento, excepto en el cuestionario de Evitación y malestar social: grupo de tratamiento autoaplicado ($d = 2.53$), frente al grupo de tratamiento asistido por terapeuta ($d = 1.3$), e IDARE-estado: grupo de tratamiento autoaplicado ($d = 1.6$), frente al grupo de tratamiento asistido por terapeuta ($d = 0.8$), se presentaron diferencias significativas superiores en el grupo de tratamiento autoaplicado. Respecto al cuestionario de Confianza para hablar en público, se muestra un tamaño del efecto medio para ambas condiciones de tratamiento en comparación con el grupo control ($d = 0.7$).

Tabla 1. Medias, desviación estándar y tamaño del efecto de las variables de fobia social, ansiedad y depresión en la evaluación pretratamiento, postratamiento y seguimiento a tres meses

Variables	Condición	Pretratamiento		Postratamiento		3 meses		TE
		M	DE	M	DE	M	DE	
Miedo a la evaluación negativa	Autoaplicado	45.0	8.0	33.2	7.8	31.4	3.5	1.6***
	Asistido	44.0	10.0	32.4	5.9	32.9	7.7	1.5***
	Lista de espera	43.9	9.6	41.8	7.1			0.2
Evitación y malestar social	Autoaplicado	21.5	4.4	8.9	5.8	8.5	4.6	2.53***
	Asistido	16.4	6.5	8.8	5.9	7.5	5.7	1.3***
	Lista de espera	15.9	7.2	13.0	6.8			0.3
Cuestionario de miedo a hablar en público	Autoaplicado	116.4	37.4	120.9	22.5	110.3	34.1	0.7*
	Asistido	27.5	13.3	136.1	15.1	119.8	23.1	0.7*
	Lista de espera	121.9	28.7	124.1	21.1			0.1
Inventario de ansiedad-rasgo	Autoaplicado	49.6	13.7	30.8	8.3	29.9	1.7	1.8***
	Asistido	49.5	10.4	35.5	13.9	33.8	12.1	1.2***
	Lista de espera	42.4	14.9	44.1	11.1			0.1
Inventario de ansiedad-estado	Autoaplicado	44.6	10.0	28.1	9.5	25.25	13.1	1.6***
	Asistido	42.3	14.8	31.6	12.6	31.07	12.5	0.8**
	Lista de espera	39.9	9.6	40.6	11.4			0.0
Inventario de depresión de Beck	Autoaplicado	9.3	6.3	3.6	3.6	2.75	2.9	1.1***
	Asistido	7.2	6.2	3.4	3.6	3.35	3.1	0.8**
	Lista de espera	8.0	7.3	7.1	6.3			0.1

Nota: T. E. Cohen (1988), * d ≥ .50; **d ≥ .80; ***d ≥ 1.0.

En la tabla 2 se presentan los datos obtenidos en la exploración a través de los Anovas de medidas repetidas entre los tres grupos con respecto a las medidas de fobia social en la pre-evaluación frente la postevaluación y, finalmente, frente a la evaluación de seguimiento a los tres meses posteriores al tratamiento. Los datos mostraron que el grupo control se diferenció significativamente de los grupos de tratamiento; sin embargo, no se encontraron diferencias relevantes entre ambos grupos. Finalmente, los resultados también señalan que los efectos obtenidos en la postevalu-

ación se mantienen en la evaluación de seguimiento a tres meses después de finalizar el tratamiento, y en algunas medidas, como el cuestionario de miedo a la evaluación negativa y la medida de evitación y malestar social incluso mejora.

El análisis de diferencias entre grupos en relación con el grado de satisfacción evaluado al final del tratamiento mediante la prueba U de Mann-Whitney ($U = 98.00, p = 0.547$) no muestra diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (autoaplicado y asistido por el terapeuta).

Tabla 2. Análisis de varianza de medidas repetidas entre los tres grupos respecto a las medidas de fobia social, ansiedad, depresión, interferencia y gravedad del problema en la preevaluación y postest.

Variables	Efecto grupo		Efecto momento		Efecto interacción	
	F	p	F	p	F	p
Miedo a la evaluación negativa (FNE)	1.6	0.2	39.2	0.000***	5.71	0.007**
Evitación y malestar social (SAD)	0.8	0.4	71.4	0.000***	9.86	0.000***
Cuestionario de miedo a hablar en público (CMHP)	1.4	0.2	1.44	0.026*	0.19	0.025*
Inventario de Ansiedad-Rasgo (IDA-R)	0.2	0.7	36.3	0.000***	12.99	0.230
Inventario de Ansiedad-Estado (IDA-E)	0.5	0.5	32.4	0.000***	11.17	0.000***
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	0.8	0.4	21.7	0.000***	3.87	0.029*

Nota: *p < .05, **p < .01; ***p < .001.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio controlado fue poner a prueba el sistema de telepsicología para MHP “Háblame” (Botella et al., 2007) en población mexicana. Los resultados presentados muestran la eficacia del programa de tratamiento autoaplicado al compararlo con el tratamiento asistido por el terapeuta y un grupo en lista de espera. En los análisis de resultados se encontraron cambios significativos intragrupo en los indicadores fóbicos y clínicos respecto al tamaño del efecto en ambos grupos de tratamiento (autoaplicado y asistido por terapeuta), que fueron superiores al grupo control (grupo sin tratamiento). Sin embargo, no se encontraron diferencias en el tamaño del efecto entre ambos grupos de tratamiento. La mejoría clínica en los grupos experimentales indica que los cambios que se producen en las distintas variables no sólo se producen en la dirección deseada, sino que las mejorías se mantienen a lo largo del tiempo después de que el tratamiento finalizó. Estos hallazgos muestran concordancia con los resultados de Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker & Mataix-Cols (2004), que informaron no encontrar diferencias significativas entre dos modalidades de tratamiento para depresión, al comparar un grupo bajo tratamiento mediado por computadora y otro grupo con tratamiento tradicional sin el empleo de computadora.

Un aspecto relevante a considerar es el índice de abandono comparando el grupo de tratamiento asistido por terapeuta (27%), el autoaplicado (30%) y el grupo sin tratamiento (45%). A los participantes asignados a la condición de lista de espera se les contactó tres meses después de la evaluación inicial y algunos ya no estuvieron interesados en recibir el tratamiento. Los abandonos en el grupo autoaplicado se debieron a problemas técnicos con el programa, con el acceso a internet y complicaciones para lograr la inmersión necesaria en los escenarios de exposición. En cualquier caso, la tasa de deserción coincide con otros estudios sobre tratamientos autoaplicados vía internet, debido a que informan un índice de abandonos igualmente elevado (Anderson, Zimand, Schmertz & Ferrer, 2007; Botella et al., 2010). En un estudio realizado por Melville, Casey y Kavanagh (2010), no se encontró ninguna variable asociada con el abandono de los tratamientos basados en internet. Por lo tanto, se necesitan más estudios para investigar al respecto.

Específicamente para los indicadores de evitación, malestar social y ansiedad-estado, se encontró que el grupo de tratamiento autoaplicado redujo significativamente síntomas en comparación con el grupo asistido por el terapeuta, lo cual sustenta los resultados obtenidos por Marks et al. (2004), que indican que la presencia del terapeuta durante el tratamiento vía in-

ternet no es un factor primordial para determinar la eficacia de un programa autoaplicado.

Respecto a la satisfacción de los participantes al concluir el tratamiento, no se encontraron diferencias de preferencia entre el programa autoaplicado frente al programa asistido por terapeuta; lo cual apoya la hipótesis de que los participantes consideraron que ambos tratamientos son lógicos y útiles para abordar la problemática de MHP.

La aportación del presente estudio fue la validación transcultural a población mexicana del programa de tratamiento autoaplicado para el miedo a hablar en público, que ha sido validado en población española (Botella et al., 2010) con evidencia de éxito terapéutico. Una importante diferencia respecto al estudio controlado que llevó a cabo el grupo español, se refiere a que la muestra mexicana presentó un rango de edad más amplio (18-65 años), con un promedio de edad de 32.5 años; por lo tanto, se probó la eficacia del programa con personas de mayor edad que no están familiarizadas como los jóvenes con el empleo de tecnologías, lo que incrementa la generalización del tratamiento autoaplicado para miedo a hablar en público en población adulta.

El programa “Háblame” ofrece una alternativa de tratamiento viable y eficaz, con una reducción consi-

derable en el tiempo del terapeuta y con un adecuado índice de costo-beneficio y satisfacción del usuario. Los resultados sugieren indagar en estudios futuros respecto del tiempo de presencia o apoyo del terapeuta durante programas asistidos por computadora, que de acuerdo con Oakley-Browne y Toole (1994), puede variar ampliamente (de 5% a 95%).

En suma, los resultados que se derivan de este estudio son prometedores y ofrecen diversos beneficios: 1) bajos costos comparados con la media de las cuotas por terapia o en términos del tiempo que el paciente tiene que disponer; 2) brinda la oportunidad de contar con atención profesional para aquellos que viven en lugares aislados donde no pueden tener acceso a un terapeuta, y 3) debido a la comunicación por internet, el paciente se siente tranquilo y no se encuentra inhibido, creando una atmósfera informal que disminuye la ansiedad y aumenta la confianza del paciente (Cárdenas, Serrano, Flores & De la Rosa, 2007).

Diversos sistemas ya están funcionando en centros de salud (NICE, 2006) y muchos otros se están experimentando con el propósito de refinarlos y fortalecerlos para facilitar la vida de muchos pacientes, terapeutas e investigadores. ♦

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4^a ed., texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington: APA.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Spartan, L., Furmark, T., Nilsson-Ihrfel, E., Buhrmen, M. & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with the therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- Anderson, P., Zimand, E., Schmertz, S. K. & Ferrer, M. (2007). Usability and utility of a computerized cognitive-behavioral self-help program for public speaking anxiety. *Cognitive & Behavioral Practice*, 14(2), 198-207.
- Andrews, G., Issakidis, C. & Carter, G. (2001). The short fall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Antona, C., Delgado, M. C., García, J. J. & Estrada, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48.
- Bados, A. (1986). *Ánalisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología, Barcelona.
- Bebbington, P., Meltzer, H., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C. & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1368.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Botella, C., Baños, R. M. & Perpiñá, C. (2001). *Cuestionario de confianza hacia el programa autoaplicado*. Manuscrito no publicado. Valencia, España.
- Botella, C., Baños, R. & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillén, V., Baños, R.M., Quero, S. & Alcañiz, M. (2010). An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 13, 1-15.
- Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Gallego, M., Baños, RM. & Alcaniz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A. & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSMIV*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Cárdenas, G., Botella, C., Baños, R., Quero, S., Moreyra, L., Muñoz, S. & De la Rosa, A. (2009). *Validación transcultural para el tratamiento de los trastornos de ansiedad con realidad virtual en población mexicana*. E-Health Conference, Milan, Italy.
- Cárdenas, G., Serrano, B., Flores, L. & De la Rosa, A. (2007). E-therapy: a training program for development of clinical skills in distance psychotherapy. *Journal of Technology in Human Services (JTSH)*, 26(2-4), 470-488.
- Cárdenas, G., Flores, L. & De la Rosa, A. (2012). Una alternativa a distancia: psicoterapia vía internet. DGA-PA-UNAM: México.
- Cárdenas, G., Muñoz, S. & González, M. (2008). *Programa de tratamiento autoaplicado para miedo a hablar en público "Enfrenta"*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomized trial of internet-delivered cognitive-behavioral therapy with telephone support. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 123-128.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a. ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gallego, M., Botella, C., Quero, S., Baños, R. & García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 163-176.
- García-López, L. J., Olivares, J., Beidel, D. C., Albano, A. M., Turner, S. M. & Rosa, A. I. (2006). Results at long-term among three treatment protocols: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Glasgow, R. & Rosen, G. (1982). Self-help behaviour therapy manuals: recent development and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, 1, 1-20.
- Hope, D. A. & Heimberg, R. G. (1993). *Social phobia and social anxiety*. En D. H. Barlow (Comp.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step treatment manual* (2a. ed.), Nueva York: Guilford Press.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lange, A., Van de Ven, J. P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. M. G. (2003). In therapy. Treatment of post-traumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., Gega, L. (2007). Computer-aided psychotherapy: a revolution or a bubble about to burst? *British Journal of Psychiatry*, 191, 471-473.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. & Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-18.
- McGregor, A., Hayward, L. & Wilkes, P. (2009). Empirically grounded clinical interventions clients' and referrers' perceptions of computer-guided CBT (fearfighter). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1), 1-9.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

- Melville, K. M., Casey, L. M. & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 455-471.
- National Institute of Clinical Excellence in England and Walles (NICE). (2006). Computerized cognitive behaviour therapy (CCBT) for the Treatment of Depression and Anxiety. *Technology Appraisals*, 97. London: National Institute Clinical Excellence First government review to conclude with national recommendation to use CP.
- Oakley-Browne, M. A. & Toole S. (1994). Computerized self-care programs for depression and anxiety disorders. En G. Andrews, H. Dilling, T. B. Ustun & M. Briscoe (Eds.). *Computers in mental health*. Longmans Cartermill /World Health Organization.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (2005). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández & I. Amigo (Eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Scheneier, F., Johnson, J., Horning, C., Liebowitz, M. & Weissman, M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Solomon, P., Cavanaugh, M. & Draine, J. (2009). *Randomized controlled trials: design and implementation for community-based psychology interventions*. Pocket guides to social work research methods. New York: Oxford University Press.
- Spielberger, D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Standing Committee of Family and Community Affairs (1997). *Health on line: A report on health information management and telemedicine*. House or Representatives Parliament of the Commonwealth of Australia. Camberra, Australia: Australia Government Publishing Service.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.