



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

"Psicoterapia por videoconferencia: Tratamiento de un caso con diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente".

Autor/es

María Rodríguez Marcén

Director/es

Jorge Osma

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Teruel
Universidad de Zaragoza
2014

Índice

I. Marco teórico	1
Resumen	1
1. Tecnologías de la Información y la Comunicación aplicados al tratamiento psicológico	2
1.1. Telepsicologíaa través de videoconferencia	5
1.2. Skype	7
2. Trastorno Explosivo Intermitente	8
2.1. Historia y definición	8
2.2. Prevalencia y curso.....	11
II. Marco empírico (estudio de caso).....	13
1. Datos biográficos e historia del paciente.....	13
2. Evaluación.....	13
3. Modelo psicopatológico	15
4. Diagnóstico.....	16
5. Tratamiento.....	16
6. Resultados.....	18
7. Discusión.....	18
8. Limitaciones.....	20
9. Bibliografía.....	21

I.MARCO TEÓRICO

Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sobre el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el ámbito de la salud, y más específicamente, en el campo de la psicología clínica, destacando el uso de la videoconferencia (Skype) como opción alternativa al tratamiento psicológico tradicional. Además, se ha realizado una breve revisión sobre el Trastorno Explosivo intermitente (TEI) y para finalizar se ha incluido un estudio de caso sobre la utilización de las TICS en la evaluación, tratamiento y seguimiento de un paciente con TEI. Los distintos estudios revisados muestran la eficacia de las TIC en el tratamiento psicológico, más específicamente a través de Skype.

Palabras Clave: TIC, Trastorno Explosivo Intermitente, Skype, Videoconferencia.

Abstract

The aim of this project was to review the use of Information and Communication Technologies (ICTs) in the field of health, and more specifically, in the field of clinical psychology, emphasizing the use of video-conferencing (Skype) as an alternative option to traditional psychological treatment. In addition, we present a brief review of the Intermittent Explosive Disorder (IED) and finally it has included a case study on the use of ICT in the assessment, treatment and monitoring of a patient with IED . The various studies that have been reviewed show the effectiveness of ICT in psychological treatment, specifically through the use of skype.

Key words: ICT, Intermittent Explosive Disorder, Skype and video-conferencing.

1. Tecnologías de la Información y la Comunicación aplicados al tratamiento psicológico

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) estarían compuestas por dos elementos: por un lado las Tecnologías de la Comunicación (TC) compuestas por la radio, la televisión y la telefonía convencional, y por otro lado las Tecnologías de la Información (TI) relacionadas con la digitalización de las tecnologías de registros de contenidos (informática, de las comunicaciones, telemática y de las interfaces).

Las TIC son capaces de ofrecer la oportunidad de adquirir, producir, almacenar, tratar, registrar y presentar distintos tipos de información en forma de imágenes, voz y datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética (Rodríguez, 2013). Las TIC son herramientas dinámicas, que están en continuo movimiento, ya que, con el paso de los años han ido avanzando e integrándose cada vez más en la vida cotidiana de las personas a un ritmo acelerado gracias a los avances científicos que se han producido. Nuestra sociedad está sujeta al cambio, dado que los conocimientos cambian constantemente y surgen nuevos valores que están provocando grandes cambios en nuestras estructuras económicas, sociales y culturales cambiando de este modo, la visión de los elementos y los distintos aspectos que constituyen la vida diaria de las personas. En este sentido, se habla de las TIC como "tecnologías de inteligencia" (Ibáñez, 2001): Con este concepto se describen aquellas tecnologías que causan saltos cualitativos en las formas culturales de la sociedad donde aparecen, es decir, que cambian la manera de modo que modifican las formas de comprender y levantar la sociedad, las personas y su mismo pensamiento.

A partir de este término, tan conocido actualmente, surgen otros muchos conceptos como por ejemplo "E-health" (conocida también como eSalud o la ciber salud), este término implica el uso de las TIC, explicado anteriormente, aplicado al campo de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) E-health consiste "en el refuerzo que implica el uso seguro y eficaz de las TIC en beneficio de la salud y todo lo relacionado con ella, incluyendo la utilización de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, además de la educación, los conocimientos y las investigaciones relacionadas con la salud". El comienzo del uso

de las TIC en el campo de la salud se hizo con el propósito de enviar imágenes radiográficas en torno a 1960 Schopp, Demirir y Glueckauf, 2006).

A continuación, se destacará la incorporación de las TIC al campo de la Psicología clínica y de la salud. El uso de las TIC en la evaluación y tratamiento psicológico ha aumentado de forma significativa en los últimos años. Según la época del tiempo en la que nos situemos, recursos tales como el correo postal, correo electrónico, teléfono tradicional, videoconferencias, chats, teléfonos móviles o mensajes de texto se han utilizado para ayudar a proporcionar apoyo psicológico, asesoramiento, seguimiento y tratamiento (Carrol y Rounsaville, 2010). De acuerdo con el informe emitido por la Asociación Americana de Psicología (APA) en 2008 (Michalski, Mulvey y Kohout, 2010), el 87% de los psicólogos de EE.UU. utilizaba recursos tecnológicos en su relación con sus clientes. El trabajo llevado a cabo por Soto-Pérez (2011) tuvo por objeto identificar el país de procedencia de los artículos publicados sobre investigación en psicoterapia e Internet a partir del año 2000. De 543 estudios encontrados, el país con mayor producción de este tema es Estados Unidos (91,1%), seguido, por mucha diferencia, de la producción canadiense (5,7%) y la europea (3,2%). En Europa es en Holanda, Inglaterra y Suecia en donde se hallan más publicaciones; España aporta con el 0,4% de las publicaciones identificadas, superando a China y Sud África.

De los estudios nombrados anteriormente podemos concluir que en los países en los que el gobierno no invierte en las TIC, el desarrollo y utilización de éstas por parte de los profesionales de la salud (médico, psicólogos...) será inferior. Como ejemplo de ello señalaríamos el caso de España, en el que la aplicación de las TIC al sistema sanitario aún está en fase de desarrollo y extensión a todas las comunidades, ya que, solo se está aplicando el 1% del gasto sanitario en tecnologías de la información frente a la situación de otros países (Cañadas, Carbonell y Ramírez, 2010). Por tanto, esto afecta de forma directa al uso que los profesionales de la psicología hacen de las TIC y a la investigación publicada en este país sobre psicoterapia e Internet.

La aplicación de las TIC a la psicología ha provocado la aparición de una serie de términos que pueden llevar a confusiones y que es conveniente aclarar, como por ejemplo, telepsicología y ciberterapia. La **telepsicología** hace referencia al uso de las tecnología de la telecomunicación que permite poner en contacto a los profesionales de la salud con los pacientes, y poder de esta manera, tener un contacto más fluido mediante correo electrónico y/o el teléfono, siendo estos complementos de la terapia

convencional. La característica principal del sistema es la distancia entre la persona que presta el servicio y la que lo recibe (Castelnuovo, Gaggioli y Riva, 2002). El término **ciberterapia** califica el empleo de las tecnologías avanzadas como complemento de las distintas formas de psicoterapia existentes (Wiederhold y Wiederhold, 2005), en la que la característica principal es el uso de las nuevas tecnología para información, educación, diagnóstico, consultas, supervisión e intervención psicoterapeúticas y no, la distancia terapeuta-paciente. Su objetivo es aplicar de manera innovadora las formas tradicionales de psicoterapia

Hay diversidad de opiniones entre los profesionales acerca de si es adecuado o no emplear las TIC en la psicología, sobre todo, en la ciberterapia. Esta es una de las causas por las que, a pesar de ver los avances y el gran uso que la tecnología tiene en el día a día de las personas, todavía es escasa su utilización en el ámbito psicológico y surgen grandes prejuicios y críticas hacia las TIC (Rees y Stone, 2005). Además, es reseñable que hay todavía que resolver una gran variedad de retos clínicos, éticos y logísticos que acompañan la realización a distancia de dichos servicios. Entre estos desafíos es frecuente encontrar problemas relacionados con la seguridad, la competencia, la alianza terapéutica, la usabilidad, dificultades técnicas y prejuicios (Forman, Goetter y Herbert, 2012).

Estos prejuicios podrían derivar de una serie de “falsos pensamientos” o “mitos compartidos” entre algunos profesionales. A continuación, se van a comentar algunos de estos pensamientos compartidos con respecto a los avances tecnológicos aplicados a la psicología:

1. El contacto previo con la tecnología y el uso del ordenador llevan en numerosas ocasiones a la creencia generalizada de resultados deterministas en este tipo de tratamientos, a pesar de que, esta creencia no se correlaciona con los resultados de una intervención psicoterapéutica realizada por Kenardy, McCafferty y Rosa (2003).
2. Otro de los aspectos que se suelen mencionar en su contra es que Internet limita el vínculo y el contacto interpersonal, sin embargo existen estudios que demuestran que la web potencia el anonimato y la intimidad haciendo más fácil una relación terapéutica en la que destaque la sinceridad y la desinhibición (Berger, Wagner y Baker, 2005; Jones, Staples, Coker y Harbach, 2004; Suler, 2004).
3. Además, el poco conocimiento acerca de la utilidad y de las posibilidades que Internet es capaz de ofrecer a la psicología clínica provoca un incremento de la visión negativa hacia las nuevas tecnologías (Franco, Jiménez, Monardes y Soto-Pérez, 2010).

4. Y por último, uno de los temas más polémicos cuando hablamos de la ciberterapia es si es posible que se llegue a crear una auténtica alianza terapéutica cuando el contacto cara a cara no existe. A este respecto distintos estudios han demostrado, a través del instrumento Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath, 1981; Horvath y Greenberg, 1986, 1989) que la alianza terapéutica puede desarrollarse a pesar de no estar, terapeuta y cliente, cara a cara (Cook y Doyle, 2002; Lingely-Pottie y McGrath, 2006). Los resultados de estos estudios son importantes, ya que, la evidencia de que exista una alianza terapéutica a distancia, sin necesidad del contacto cara a cara puede ayudar a influir cada vez más en la aceptación de la ciberterapia. Aunque también sería interesante entender cómo se forma esta alianza y cuáles son los elementos necesarios para su formación, por lo que todavía se necesita mucha más investigación en esta campo (Lingely-Pottie y McGrath, 2006).

Por último, decir que los dispositivos con más desarrollo experimental dentro de las ciberterapias son la Realidad Virtual (realidad creada a partir de escenarios reales, es la mejor manera de lograr una sensación de presencia en un escenario determinado), Realidad Aumentada (supone la introducción de elementos virtuales en el mundo real, generar objetos, seres, imágenes, textos, etc. virtuales, por medio del ordenador, que puedan superponerse o “incluirse” en el mundo real) y los programas de telepsicología.

1.1. Telepsicología a través de videoconferencia

El uso que habitualmente se le ha dado a la telepsicología ha sido: evaluación psicológica, psicoeducación, programas de capacitación, tratamiento psicológico, asesoramiento y orientación (Wenceslao, 2012). El presente trabajo se va a centrar en el tratamiento psicológico a través de Internet y de forma más específica, a través de videoconferencia.

En la terapia por videoconferencia emisores y receptores, a pesar de estar en ubicaciones físicas distintas, se comunican de forma simultánea en el tiempo a través del audio y del vídeo, por ello están dentro de lo que se conoce como tecnología sincrónica (Franco, Jiménez, Monardes y Soto-Peréz, 2010). El equipo requerido típicamente incluye un ordenador, cámara Web, y la conexión a Internet. Actualmente, el uso de la videoconferencia a través de los teléfonos móviles y a través de la televisión con conexión a Internet también se está expandiendo rápidamente (O'Brien, 2011).

Según Rabin y Bouchard (2010), la videoconferencia presenta ciertas ventajas

con respecto a otras formas de telepsicología, ya que, permite el intercambio de la comunicación no verbal entre paciente y terapeuta y proporciona así oportunidades para que el terapeuta pueda evaluar las habilidades sociales de los clientes. Otra ventaja importante es la oportunidad para llevar a cabo ejercicios de exposición, como por ejemplo, en el caso del tratamiento de una fobia específica, en la que el terapeuta tendrá la oportunidad de recibir información sobre el contacto visual, la postura y las expresiones faciales, y además, los clientes tendrán la oportunidad de practicar habilidades relacionadas con el lenguaje no verbal que es adecuado utilizar según la circunstancia en la que se encuentren. Otra de las ventajas que los pacientes manifiestan, es la desinhibición que muchos sienten al no tener que estar en contacto directo con una persona desconocida y sobre todo las ventajas que supone con respecto a la población que no tiene recursos o tiempo para ir diariamente a una consulta. Además, Peñate (2012) menciona otras ventajas como ayudar a aquellas personas que, por el estigma de los trastornos mentales, les cuesta acudir al centro de salud, también surgen ventajas que son inherentes a los síntomas de una enfermedad (por ejemplo la agorafobia, que lleva a los pacientes a permanecer en casa) y por último, una ventaja adicional es económica, ya que, dependiendo del país y los recursos disponibles, no todos tienen el acceso gratuito a estos servicios.

También existen desventajas potenciales en la terapia por videoconferencia en comparación con la terapia cara a cara, una de ellas hace referencia a las sesiones de exposición, ya que, los clientes pueden sentir que la situación es menos real y, por lo tanto, esta técnica sería menos eficaz y menos generalizable para el paciente. Además, algunos clientes pueden no tener acceso a los conocimientos necesarios para la utilización de la videoconferencia. Otro de los problemas son los problemas técnicos, como la mala calidad del sonido, o la conexión lenta a Internet, que pudieran surgir y puede interrumpir las sesiones de terapia y disminuir la motivación del cliente. Las cámaras web pueden permitir que el terapeuta vea solamente la mitad superior del cuerpo de los clientes durante las exposiciones del período de sesiones, lo que limita la cantidad de lenguaje no verbal que recibe el terapeuta por parte del cliente (Bouchard et al., 2010).

El uso de intervenciones a distancia también plantea algunas dificultades en cuanto a la ética utilizada en cada intervención. Algunos de los problemas considerados podría ser el uso de ordenadores públicos o compartidos al realizar la terapia, porque podría implicar que personas ajenas a la intervención tuvieran acceso y esto incumpliría

el secreto profesional del terapeuta (Maheu, 2003). En este contexto se está intentando generar una nueva normativa ética que regule y guíe las intervenciones a distancia, aunque no debería alejarse mucho de los procedimientos tradicionales. Además, también hay que velar por la honestidad señalando la eficacia real de la intervención a distancia y cuando es más recomendable usarla (Franco et al., 2010).

En general, las ventajas de la terapia por videoconferencia parecen superar las desventajas de la misma para las personas que no pueden o no quieren recibir el tratamiento en persona (Bouchard et al., 2010). Es de esperar que los futuros avances en la tecnología de Internet y el hardware reduzcan los problemas técnicos asociados a las comunicaciones basadas en Internet. Numerosos estudios han utilizado la videoconferencia para proporcionar servicios de salud mental a distancia para clientes (Simpson, 2009). La investigación preliminar ha encontrado que los clientes están por lo general, satisfechos con el tratamiento a través de videoconferencia (Simpson, 2009).

Existen estudios que demuestran la eficacia de la videoconferencia para el tratamiento de trastornos psicológicos como el realizado por Nelson, Barnard y Cain (2006) cuyos resultados fueron que el tratamiento por videoconferencia es tan eficaz como el tratamiento cara a cara para tratar la depresión infantil. Bouchard et al., (2004), trataron a 21 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, utilizando tanto el tratamiento cara a cara como la videoconferencia. En este estudio se encontró una mejora en el funcionamiento y la reducción de la ansiedad para ambos. Además han demostrado que la videoconferencia ha sido exitosamente utilizada para tratar el Trastorno de Estrés Postraumático (Frueh et al, 2007; Germain, Marchand, Bouchard, Guay y Drouin, 2010) y el trastorno de ansiedad social (Yuen et al., 2010).

1.2. Skype

La videoconferencia en un Servicio muy útil para llevar a cabo el tratamiento psicológico a través de Internet, y por tanto, se han desarrollado una serie de aplicaciones de uso común que proporcionan dicho servicio. Algunos de estos programas son: el área de encuentro de Windows, MSN Messenger, Yahoo Messenger, iChat y Skype.

La aplicación de Skype, la que vamos a tratar con más profundidad en este trabajo, fue fundada en 2003, y es propiedad de un grupo de inversores, es utilizada por las empresas, organizaciones e instituciones educativas de todo el mundo. Skype se

puede descargar de forma gratuita tanto en PC como en las computadoras Macintosh. Cada usuario crea una cuenta personal y, posteriormente, puedes utilizar la videoconferencia o la llamada confidencial a otros usuarios. Skype es una aplicación segura, ya que, emplea técnicas de cifrado de extremo a extremo para mantener conversaciones privadas. Se trata de una aplicación peer-to-peer de comunicación, lo que significa que los mensajes de cambio están ordenados directamente, en vez de utilizar un servidor de terceros. Cada usuario Skype emite una cámara digital certificada, que es una credencial electrónica que constituye la identidad del usuario. Esto permite tener un proceso de autenticación (por ejemplo, probando cada usuario al identificarse el uno al otro). Una revisión de seguridad del criptosistema Skype encontró que Skype ofrece a sus usuarios una alta seguridad en su comunicación. Por lo tanto, el tratamiento a través de Skype puede ser propicio para la realización de terapia para clientes que no quieren o no pueden asistir a la terapia tradicional. La terapia a través de Skype también puede ser altamente atractiva para las generaciones más jóvenes debido a su gran contacto con Internet, ya que, en el caso de que quisieran recibir tratamiento no tendrían que esperar a poderlo realizar de forma tradicional (Berson, 2005).

Para finalizar, diremos que, según la OMS (2001) la previsión para el año 2020 informa que las enfermedades mentales pasarán de un 10,1 % a un 14,9 % del total de enfermedades que se sufrirán en el mundo. Por ello, es importante promover y dar a conocer este tipo de terapias utilizando las TIC, dando una información suficiente y precisa acerca de éstas para que los prejuicios sean cada vez menores y se pueda sacar todo el potencial del que disponen. Para ello, es fundamental la implicación de los profesionales de la psicología, ya que tienen el compromiso de mantenerse informados y actualizados en materia de estas tecnologías y de saber evolucionar con ellas, tanto en el ámbito práctico como en el teórico. De esta manera se podrán prevenir e intervenir en más pacientes con enfermedades mentales, puesto que son enfermedades que están afectando cada vez a más gente y que, por diferentes razones, no se están tratando.

2. Trastorno explosivo intermitente

2.1. Historia y definición

A lo largo del tiempo, distintos autores han planteado que este trastorno podía no existir como tal y que, simplemente era un síntoma de otro trastorno diferente. Además, según algunos autores la categoría de Trastorno Explosivo Intermitente (TEI) introducido dentro de los trastornos del control de impulsos es la categoría más endeble desde un punto de vista psicopatológico, de hecho actualmente no existe un consenso

científico sobre la existencia de este trastorno (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

El nombre de este trastorno como tal no aparece hasta la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA, 1980]), pero sí que se habla desde la primera edición (APA, 1952), de un "trastorno de la agresión impulsiva". En el DSM-I (American Psychiatric Association [APA, 1952]), a este trastorno se le llamaba "Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad",-el tipo agresivo se caracterizó como: "reacción persistente a la frustración con irritabilidad, rabietas, y comportamiento destructivo". Este desorden se convirtió en "la personalidad explosiva" en el DSM-II (American Psychiatric Association [APA, 1968]). Los individuos con personalidad explosiva eran "individuos agresivos en los que aparece el comportamiento violento de forma intermitente y eran generalmente excitables, agresivos y más sensibles a las presiones ambientales con estallidos graves de cólera o de agresividad verbal o física diferente de su comportamiento habitual".

En el DSM-III (APA, 1980), la "personalidad explosiva" fue codificada como el "Trastorno Explosivo Intermitente" por primera vez y se asigna el estado clínico de trastorno del eje I (Coccaro, 2012). Desde las tres últimas décadas desde el DSM-III (APA, 1980), ha habido muy poca investigación empírica en cuanto a este trastorno, esto puede ser debido a que los criterios diagnósticos no estaban bien operativizados y eran bastante problemáticos (Coccaro, 2011). Como respuesta a este hecho, algunos investigadores propusieron unos criterios de investigación del TEI para abordar estas cuestiones, los cambios introducidos por estos nuevos criterios especificaban la naturaleza (es decir, en lugar de la agresión impulsiva premeditada), la gravedad y la frecuencia de la agresión (es decir, 2 arranques agresivos por semana en promedio durante al menos 1 mes). Además, establecieron que los sujetos que padecieran el trastorno sentían mucha angustia personal y/o deterioro funcional debido a los estallidos agresivos. Y por último, para que se diera el TEI, no tendría que existir evidencia de la presencia de un trastorno límite de personalidad o un trastorno antisocial (Coccaro, 2011).

Un estudio inicial de individuos con conducta problemática, impulsivo-agresiva (recurrente y no recurrente) encontró evidencia de la validez y fiabilidad de estos criterios de investigación (Coccaro, 2012), y sugirió que estos criterios podrían servir como una plantilla sobre la cual revisar los criterios del DSM para el TEI en el futuro.

Al incorporar el TEI al DSM-IV (American Psychiatric Association [APA, 1994]) no se tuvieron muy en cuenta los criterios de investigación y, aunque se mejoraron de forma significativa los criterios diagnósticos, siguieron siendo problemáticos.

Actualmente, ya ha sido publicada la quinta edición del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA, 2013]), en la que los criterios de este controvertido trastorno han vuelto a cambiar mediante la integración de criterios de investigación previos con los elementos del conjunto del DSM-IV. Los criterios diagnósticos los podemos encontrar en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013)

DSM-5
<p>A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos. 2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses. <p>B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.</p> <p>C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).</p> <p>D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.</p> <p>E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).</p> <p>F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.</p> <p>Nota: Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro del autismo, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se</p>

observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente.

Se han llevado a cabo varios estudios en los que se comprueba la validez y la fiabilidad de los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), algunos de ellos son los siguientes:

1. En el estudio realizado por Coccaro (2011) se llegó a la conclusión de que los criterios integrados del TEI se pueden aplicar de forma fiable y tienen validez suficiente para justificar su consideración como criterios del DSM-5 para el TEI. Otro estudio proporciono apoyo empírico a las criterios diagnósticos A1 y A2 del DSM-5 (Coccaro, Lee y McCloskey, 2014).
2. En otro estudio se obtuvo que utilizando únicamente los criterios del DSM-IV (APA, 1994) no es suficiente para identificar a los sujetos con cuestiones clínicamente significativas de agresión impulsiva. Sin embargo, en este mismo estudio se demostró que al utilizar los criterios integrados del TEI (unificación de criterios del DSM-IV y los criterios de investigación del TEI), se identificó al máximo a todos los sujetos del estudio que habían tenido historias recurrentes de agresión impulsiva. Por tanto, se sugiere que los criterios integrados del TEI pueden ser aplicados con la validez y fiabilidad suficientes para justificar su consideración como criterios revisados para el diagnóstico de TEI en el DSM-5 (Ahmed, Berman, Green y McCloskey, 2010).

2.2. Prevalencia y curso.

A continuación, se va a describir brevemente los datos referentes a la prevalencia y el curso del TEI. Es importante decir, que se sabe relativamente poco acerca de la fenomenología, la incidencia o prevalencia de TEI ya sea en muestras clínicas o en la población general (Coccaro, Posternak y Zimmerman, 2005). Esto puede ser debido a la falta de acuerdo surgida entre los distintos autores en cuanto a los criterios diagnósticos en las diferentes ediciones del DSM y la puesta en duda de la existencia de este trastorno.

Sin embargo, algunos estudios informan que la prevalencia de este trastorno puede ser superior a lo que se creía anteriormente. Según el estudio de Coccaro et al. (2005), realizado en la práctica psiquiátrica ambulatoria, se encontró que casi el 15% de los pacientes de esta muestra cumplían los criterios de inclusión del TEI según el DSM-

IV (APA, 1994). Mientras que otro Trastorno del Eje I podría explicar mejor los síntomas del TEI en aproximadamente el 4% de todos los pacientes, más de 6% de todos los pacientes cumplieron completamente los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para el TEI teniendo en cuenta todo el ciclo vital y aproximadamente 3% cumplen los criterios del TEI en el momento de la evaluación. En otro estudio realizado por Coccaro, (2012) la prevalencia ponderada a lo largo de la vida del TEI según los criterios del DSM-IV (APA, 1994) en los Estados Unidos es de aproximadamente 6,9% para todos los que padecen el TEI (tres o más arrebatos agresivos durante toda la vida pero nunca en el mismo año) y 5,4% para la definición estrecha (tres o más arrebatos en solo un año).

Según el DSM-5 (APA, 2013) los datos de prevalencia de un año del TEI en los EE.UU. es de alrededor de un 2,7% (definición estrecha). Con respecto a la edad de inicio, el TEI es más frecuente entre los más jóvenes (hasta una edad de entre 35-40 años) en comparación con los de mayor edad (>50 años) y es más frecuente en individuos con una educación secundaria o menor. Estos datos han sido apoyados también por Yoshimasu y Kawakami (2006) y Kessler, Coccaro, Fava, Jaeger, Jin y Walters (2006). La aparición de la conducta agresiva impulsiva recurrente es más común en la infancia tardía o la adolescencia y rara vez comienza por primera vez después de la edad de 40 años. Las características fundamentales de TEI, por lo general, son persistentes y continúan durante muchos años. El curso de la enfermedad puede ser episódica, con periodos recurrentes de arrebatos impulsivos. El TEI parece seguir un curso crónico y persistente durante muchos años. También parece ser bastante común, con independencia de la presencia o ausencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, del control impulsivo, y del trastorno de conducta (por ejemplo, trastorno negativista desafiante).

En cuanto a la prevalencia según el sexo el estudio de Coccaro (2012) encuentra que la prevalencia del TEI no difiere en función del sexo. Lo que correlaciona con otro estudio que también informó de una prevalencia igual del TEI entre los sexos (Coccaro et al. 2004).

Este trastorno, debido a las consecuencias que tiene a nivel comportamental y social, suele acabar causando otros problemas como desempleo, divorcio y conflictos económicos en la mayoría de las personas que lo padecen. Además, tiene la dificultad añadida de que puede presentarse de manera simultánea con otros problemas

psicológicos como depresión, ansiedad y el abuso de sustancias (Coccaro et al., 2005).

II. MARCO EMPÍRICO

Estudio del Caso N.

1. Datos biográficos e historia del problema

El Paciente N es un varón de 33 años, soltero aunque mantiene una relación sentimental desde hace 4 años. Sus estudios son de nivel universitario, con la carrera acabada. Después de vivir en España viajó a China por cuestiones de negocios, lugar donde vive desde hace 3 años con su pareja y comparten el negocio. Actualmente lleva 1 año y medio trabajando de empresario autónomo. No ha tenido antecedentes de tratamientos psicológicos ni farmacológicos antes de acudir a consulta.

El paciente acudió a la consulta solo, el motivo de la consulta según refirió el paciente fue que tenía explosiones de ira, que no podía controlar, hecho que le asustaba. Comenta además que, las crisis se inician hace 1 año y medio y han ido aumentando con el tiempo. Dice que recuerda crisis similares en su infancia y adolescencia cuando no le dejaban hacer lo que quería. El paciente atribuye el problema a temas relacionados con el trabajo afirmando que le obsesiona el tema profesional, que se ha arriesgado mucho en este proyecto, y que también se ha arriesgado mucho por su relación de pareja.

2. Evaluación

a) Entrevista de evaluación clínica semiestructurada

Para realizar el diagnóstico clínico multiaxial y diferencial se utilizó una entrevista clínica que incluía los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000). Se evaluaron los siguientes trastornos: Trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del estado de ánimo-especialmente el bipolar-, dependencia de sustancias, trastorno de personalidad antisocial y límite.

b) Cuestionarios y escalas

Índice de sensibilidad a la ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI; Peterson y

Reiss, 1992). Se aplicó la versión española (Sandín, Valiente y Chorot, 1999). Consta de 16 ítems, a los que se contesta según una escala tipo Likert, pudiendo variar entre «Nada en absoluto» (0) y «Muchísimo» (4). Este índice mide el miedo que una persona tiene a las sensaciones orgánicas que aparecen con el estrés y la ansiedad, como la aceleración del ritmo cardíaco, la transpiración y los mareos.

El Inventario de Depresión de Beck II (*The Beck Depression Inventory II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), adaptado al castellano por Sanz y Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent (2011). Descripción: el objetivo de dicho inventario es la evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM-I. Es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert. La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con una edad de 13 años o más. La forma de administración puede ser individual, colectiva o autoadministrable con un tiempo de duración de 10 a 15 minutos.

Escalas de Afecto Positivo y Negativo PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Se aplicó la versión española, la cual ha sido validada por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala de 1 («Nada o casi nada») a 5 («Muchísimo»). La escala PANAS, posee un formato de 20 adjetivos (10 de afecto positivo y 10 de afecto negativo). Sus instrucciones toman dos modalidades: estado (en la última semana incluyendo hoy) o de rasgo (usualmente), aunque se pueden modificar los marcos temporales de referencia (último mes, 8 semanas, etc.).

Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), adaptado al castellano por Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1982). El objetivo de esta Escala es evaluar el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Va dirigida a la población general (adultos y adolescentes). Consta de 40 ítems, la mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente. El tiempo de administración es de 15 minutos. El paciente deberá contestar a los ítems teniendo en cuenta que la escala es la siguiente: “0

= nada”, “1 = algo”, “2= bastante” y “3= mucho”. La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Esta escala se puede utilizar en el momento de evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento y/o evaluación post-tratamiento.

Escala Rosenberg de Autoestima (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1965) adaptada al castellano por Atienza, Balaguer y Moreno (2000). El objetivo es explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a si mismo. La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia

Inventario de Personalidad NEO Revisado (Revised Neo Personality Inventory, NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1999) adaptada al castellano por Cordero, Pamos y Seisdedos, (2008). Dicho inventario busca evaluar cinco de las principales dimensiones de rasgos de la personalidad, como son el Neuroticismo (N), la Extroversión (E), la Apertura a la Experiencia (O), la Cordialidad (A) y el grado de Consciencia (C) del evaluado. Cada factor se compone de seis escalas o facetas, medidas por ocho ítems cada una, lo que hace un total de doscientas cuarenta cuestiones a responder.

Evaluación del cuestionario de satisfacción con la terapia recibida (Larsen, Attkinson, Hargreaves, & Nguyen, 1979, traducción de Bados, 1989). Existen 6 versiones. La versión estándar es la CSQ-8; se trata de un cuestionario breve formado por 8 ítems con cuatro opciones de respuesta y una puntuación que va desde 8 a 32.

Registro de explosiones emocionales (elaborado por el terapeuta *ad hoc*). El registro incluía los apartados antecedentes, respuesta emocional y consecuencias. El registro se realizó durante toda la intervención para recibir retroalimentación del número de explosiones y facilitar el análisis funcional de los mismos, así como valorar las respuestas emocionales más adaptativas y las consecuencias diferenciales.

3. Modelo psicopatológico

Teniendo en cuenta los datos mencionados anteriormente, las principales variables identificadas que incidirían en el inicio y mantenimiento del problema serían las siguientes:

a) Factores desencadenantes:

Discusiones con su pareja, discusiones con su madre, presión laboral, no conseguir sus objetivos, críticas negativas, emociones tales como enfado, tristeza, miedo, inseguridad y que no se le valore lo suficiente.

b) Respuestas a estos factores (crisis)

Salir del piso corriendo, saltar y chillar, retorcerse por el suelo, romper la ropa y desnudarse, lanzar objetos, pegarle golpes a la pared y beber alcohol

c) Factores de mantenimiento

Refuerzos negativos a través de conseguir sus deseos, refuerzo negativo a través de conductas que reducen la frustración, actitud de familiares protectoras para intentar que todo vaya como él quiere, evitación de situaciones que le produzcan malestar, evitar riesgos en cualquier aspecto de su vida para no fracasar y no sentirse valorado, no implicarse mucho en aspectos laborales y familiares para no recibir críticas negativas

4. Diagnóstico

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el paciente N presenta un F63.8 TEI (312.30). Cumple los siguientes criterios:

A) Presencia de *varios episodios* aislados de *dificultad para controlar los impulsos agresivos* dando lugar a *violencia o a destrucción de la propiedad*.

B) El grado de agresividad durante los episodios es *desproporcionado* a la intensidad de cualquier evento psicosocial precipitante.

C) Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

En el momento de la evaluación clínica inicial no se diagnostican trastornos comórbidos de Eje I- especialmente de consumo de sustancias y bipolaridad- se descarta patología en Eje II (aunque se subraya un déficit importante en asertividad), no hay enfermedad médica, los estresores de Eje IV son laborales y sentimentales y en Eje V, evaluación de la actividad global, se le asigna un 51 (límite entre grave y moderado).

5. Tratamiento

El tratamiento dirigido al paciente N fue una intervención multicomponente con

base cognitivo-conductual. Los objetivos del tratamiento propuestos por el terapeuta fueron tres principalmente: a) reducir la activación psicofisiológica (3 sesiones), b) entrenar en técnicas de afrontamiento del estrés/ira (10 sesiones) c) aumentar la vivencia de emociones positivas (3 sesiones). Y por último, se utilizó una última sesión para dedicarla plenamente a la prevención de posibles recaídas futuras.

Para reducir la activación psicofisiológica se utilizaron tres técnicas distintas:

– *Relajación muscular progresiva de Jacobson (1929)* con el objetivo de reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular, que consiste en ejercicios de tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación (Ruiz y cols, 2012).

– *Respiración lenta*, ayuda a disminuir la presión arterial, el ritmo cardíaco, la actividad electromiográfica e incrementa la conductancia y la temperatura de la piel, pero además inhibe la actividad simpática periférica, cosa que la relajación no puede hacer (Oneda, Ortega, Gusmão, Araújo, y Mion, 2010). Una de las claves que más aplicación puede tener para la terapéutica es que la respiración lenta ayuda a regular la actividad parasimpática. Yuen y Sander (2010). La práctica de la respiración lenta, se ha propuesto como una efectiva alternativa en el tratamiento del estrés, de la ansiedad y los trastornos de la atención (Jerath, 2006)

– *Otras actividades relajantes* accesibles en su entorno como el masaje craneal, masajes corporales o el uso de la sauna.

Las técnicas utilizadas para el entrenamiento del afrontamiento del estrés y de la ira comenzaron con la psicoeducación sobre el área emocional. Después se utilizaron una serie de registros que el paciente debía ir rellenando según los estímulos y las emociones observadas con respecto al contexto en el que se daban, los registros eran los siguientes: 1) ABC, 2) Observar y describir emociones y 3) Regulación emocional y solución de problemas (Linehan, 1993). Otros elementos terapéuticos utilizados fueron:

- Análisis funcional de sus conductas
- Control de estímulos
- Terapia cognitiva

Descripción, detección y discusión de errores del pensamiento

Entrenamiento autoinstruccional

Ajuste de expectativas en áreas vitales

- Aceptar su situación vital, familiar y de pareja, además de sus propias características de personalidad
- Entrenamiento asertivo
- Entrenamiento en tolerancia al malestar

Para terminar, lo que se propuso en dicho tratamiento fue aumentar las vivencias de emociones positivas que se llevo a cabo a través de la *programación de actividades agradables* y de *ejercicios basados en Psicología Positiva* (expresar gratitud a las personas que te ayudan o te han ayudado, pensar en cosas positivas que ocurren durante el día y relacionarlas con características personales, ayudar a los demás, etc.).

La duración de todo el tratamiento fue de 18 sesiones de tratamiento en 8 meses, 3 de las cuales fueron de evaluación inicial en modo presencial y el resto por videoconferencia. Todas las sesiones tuvieron una duración de entre 50-60 minutos. Entre sesiones el paciente enviaba las tareas por e-mail. El paciente no recibió tratamiento farmacológico durante el tratamiento psicológico.

6. Resultados

Los resultados obtenidos por el paciente N en los distintos instrumentos de evaluación se han recogido en distintas tablas que aparecen en el Anexo 1. Los momentos de evaluación se realizaron en distintos momentos a lo largo del tratamiento, concretamente en la preintervención, postintervención y en los seguimientos a los 3, 8 y 18 meses tras el tratamiento. Las medidas recogidas en dichas tablas son las siguientes: Remisión progresiva de los episodios agresivos (Gráfico 1), resultados de la evaluación inicial de los distintos instrumentos de medida utilizados (Tabla 2), resultados iniciales del NEO-PI-R (Tabla 3), evolución de las medidas clínicas (Tabla 4), puntuación en los factores de personalidad y facetas medidas por el NEO-PI-R en los distintos momentos de la evaluación (Tabla 5) y la evaluación del Cuestionario de Satisfacción con la terapia recibida (Tabla 6).

7. Discusión

El tratamiento multicomponente aplicado a través de Skype ha sido eficaz en la reducción de los episodios agresivos del paciente (Tabla 1), principal problema de N. Además, en cuanto a los factores de personalidad, la mejoría se ha producido de forma notable en los factores de Neuroticismo, Extraversión y Apertura, de forma moderada

en la Amabilidad. Por último, en la Tabla 4 se observa como el paciente N va mostrando mejorías en cada uno de los instrumentos de evaluación utilizados a lo largo de las distintas sesiones, desde el momento de la evaluación inicial y los resultados se mantienen en los sucesivos seguimientos realizados. De los resultados obtenidos del caso N se puede concluir que han sido positivos, que tanto los componentes utilizados para llevar a cabo el tratamiento como el tipo de tratamiento utilizado son adecuados y que han ofrecido grandes mejorías al paciente.

La evaluación cualitativa ofrecida por el paciente respecto al tratamiento y el formato del mismo informan de que el tratamiento realizado por Skype ha sido útil porque ha ayudado al paciente a mejorar en cuanto a las explosiones de ira que sufría y las consecuencias que estas tenían en su vida cotidiana. La opción de llevar a cabo la terapia por Skype ha sido una ventaja para él, ya que debido a su situación no hubiera podido ser tratado por un profesional de su confianza de no haber sido por los avances tecnológicos que le han permitido una gran flexibilidad y comodidad. Además los correos electrónicos le permitían no solo estar en contacto con el terapeuta en las sesiones de tratamiento sino también en cualquier momento del día. Los inconvenientes surgidos en la terapia para el paciente han sido sobre todo las caídas de la red y para el terapeuta el no haber establecido de manera más clara algunos aspectos referidos a la confidencialidad, los cobros etc. y al igual que el paciente las condiciones en las que había que realizar la sesión terapéutica (lugar, señal wifi..)

Las conclusiones derivadas de los resultados del tratamiento del paciente N se relacionan de forma significativa con los resultados obtenidos por diversos autores en relación a las ventajas y desventajas encontradas por ambos. Se destacan como el principal inconveniente los problemas técnicos (problemas de conexión) y la ética utilizada (confidencialidad) (Bouchard et al., 2010; Maheu, 2003) y como principales ventajas, que se obtienen tanto en el caso presentado en dicho trabajo como en los diversos estudios el aprovechamiento del tiempo, eliminar distancias, deshinibición por parte del paciente (Rabin y Bouchard, 2010).

Los resultados derivados de este estudio de caso informan, de manera preliminar, que el tratamiento online a través de Skype es eficaz, resultado obtenido también por diversos estudios realizados con distintos trastornos psicológicos (Depresión infantil, Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad Social, Agorafobia).

A tenor de los resultados, las recomendaciones que se les podría dar a los terapeutas que utilicen este tipo de tratamiento serían establecer unos límites prefijados en los que establecieran con los pacientes las condiciones de la terapia, se les diera información acerca de cómo utilizar distintos programas, las condiciones ideales en las que realizar la sesión y el lugar adecuado, así como, medidas de seguridad de la información que pueden utilizar. Además, sería necesaria la honestidad por parte del terapeuta para dejarle claro al paciente cuando es más adecuado utilizar este tipo de tratamientos y con qué trastornos en particular se obtienen mejores resultados. Se precisa de más investigación y una mayor promoción de dichos tratamientos para que todos los inconvenientes y limitaciones de este tipo de tratamientos sean superados.

Por último, es relevante hacer referencia a la poca bibliografía encontrada en español de las TIC aplicadas al tratamiento psicológico, y más específicamente, al tratamiento psicológico del TEI por videoconferencia. Para dar evidencia de ello se ha realizado una búsqueda en distintas bases de datos como Psycodoc, Pubmed, Web of knowledge, Psucinfo, Redalyc y Psyke utilizando la combinación de las siguientes palabras clave, “tratamiento psicológico”, “videoconferencia”, “Trastorno Explosivo Intermitente” y no se produjeron resultados al respecto. Por lo que se puede decir que este sería el primer documento en español que trata sobre el tratamiento psicológico del TEI a través de la videoconferencia (Skype).

8. Limitaciones

Para terminar introduciremos unas pequeñas mejoras que hubieran podido aportar al tratamiento del caso práctico una mayor eficacia y que podrán servir como mejoras para futuros tratamientos. Una propuesta interesante sería realizar en el momento de la evaluación del paciente una entrevista estructurada tanto para el diagnóstico clínico del Eje I como del Eje II. Por otra parte, además de los instrumentos de evaluación utilizados que han sido convenientemente elegidos, en el estudio de caso no se observa ningún instrumento de medida de la ira o del control de impulsos del paciente, por lo que sería conveniente evaluar al paciente con uno de estos instrumentos. En los resultados obtenidos de NEO-PI se observa un factor de personalidad que no mejora en el paciente, la responsabilidad, por lo que sería conveniente trabajar con esta dimensión que supondrá una ayuda adicional para el paciente.

Bibliografía

- Ahmed, A.O., Berman, M.E., Green, B.A. y McCloskey, M.S. (2010). Latent structure of intermittent explosive disorder in an epidemiological sample. *J Psychiatr Res*, 44, 663–672.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1952). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I)*. Barcelona, España: Ed Masson SA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1968). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II)*. Barcelona, España: Ed Masson SA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*. Barcelona, España: Ed Masson SA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona, España: Ed Masson SA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5)*. Barcelona, España: Ed Masson SA.
- Baker, L., Berger, M. y Wagner, T. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61, 1821-1827.
- Baños, R., Botella, C., Garcia-Palacios, A., Guillén, V., Quero, S. y Marco, J. (2007). *La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación e psicología clínica*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Berman, M.E., Coccaro, E.F., Kavoussi, R.J. y Lish, J.D. (1998). Intermittent explosive disorder-revised: development, reliability, and validity of research criteria. *Compr Psychiatry*, 39, 368–376.
- Berson, T. (2005). *Evaluación de la seguridad de Skype*. Recuperado el 24 de abril de 2014, de <http://www.skype.com/security/files/2005-031%20security%20evaluation.pdf>
- Botella, C., Legeron, P., Optale, G. y Riva, G. (Ed.). (2006). *Cybertherapy*. Ámsterdam:

IOS Press.

- Botella, C. (2008). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica (The use of new information and communication technology in Clinical Psychology). UOC Papers. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*.
- Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R. M. y Quero, S. (2009). Cybertherapy: Advantages, Limitations, and Ethical Issues. *PsychNology Journal*, 7(1), 77-100.
- Caballo, E.V., Carrobbles, J.A. y Salazar, C.I. (2011). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. Madrid: Pirámide, 513-514.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier,... Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 13-25.
- Cañadas, R., Carbonell, B. y Ramírez, C. (2010). *Competencias tics en la salud mental y atención primaria*. Competencias TICS en Psicología.
- Carroll, K.M. and Rounsaville, B.J. (2010). Computer-assisted therapy in psychiatry: Be brave-It's a new world. *Current Psychiatry Report*, 12,426-432.
- Castelnuovo, G; Gaggioli, A; y Riva, G. (2002). "Cyberpsychology meets of clinical psychology: the emergence of e-therapy in mental health care". En G.Riva y C.Galimberti (eds). *Towards CyberPsychology: Mind, Cognitions and Society in the Internet Age*. Ámsterdam: IOS Press.
- Coccaro E.F., Schmidt C.A., Samuels J., et al. (2004). Lifetime and one-month prevalence rates os intermittent disorder explosive in a community sample. *J Clin Psychiatry*, 65, 665-672.
- Coccaro, E.F., Posternak, M.A. y Zimmerman, M. (2005). Prevalence and Features of Intermittent Explosive Disorder in a Clinical Setting. *J Clin Psychiatry*, 66, 1221-1227.
- Coccaro, E.F., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R., Kessler, R.C. y Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the replication of the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 63, 669-678.
- Coccaro, E.F., (2011). Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2).
- Coccaro, E.F. (2012). Intermittent Explosive Disorder as a Disorder of Impulsive Aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry*, 169, 577-588.
- Coccaro, E.F., Lee, R. y McCloskey, M.S. (2014). Validity of the new A1 and A2 criteria

- for DSM-5 intermittent explosive disorder. *Compr Psychiatry*, 55(2), 260-7. Doi: 10.1016/j.comppsy.2013.09.007. Epub 2013 Oct 19.
- Coker, J.K., Harbach, R., Jones, W.P. y Staples, P. (2004). Impact of visual cues in computer-mediated vocational test interpretation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35, 16-22.
- Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual. Madrid: TEA.
- Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de Universidad Complutense de Madrid (s.f). *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica*. Recuperado el 11 de septiembre de 2014, en http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm
- Forman, E., Goetter, E. y Herbert, J., (2012). Challenges and Opportunities in Internet-Mediated Telemental Health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1),1–8.
- Franco, M., Jiménez, F., Monardes, C. y Soto-Perez,. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19-37.
- Frueh, B. C, Monnier, J., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., Yim, E., y Knapp, R. (2007). Therapist adherence and competence with manualized cognitive-behavioral therapy for PTSD delivered via videoconferencing technology. *Behavior Modification*, 31, 856-866. doi:10.1177/ 0145445507302125
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., y Drouin, M. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 29-35. doi:10.1089/cyber.2009.0139
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente (2012). *El trastorno explosivo intermitente*. Información Clínica. 23 (7). Recuperado el 27 de mayo de 2014, de http://www.bic.edilaser.net/es/pdf/2307/07_BIC_Julio_p46-47.pdf
- Jerath, R., Edry, J., Barnes, V., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: Neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Med Hypotheses*, 67(3), 566–571.
- Kawakami, N. y Yoshimasu, K. (2011). Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan: prevalence and psychosocial comorbidity: findings from the World Mental Health Japan Survey, 2002–2006. *Psychiatry Res*, 186, 384–389.

- Kenardy, J., McCafferty, K., y Rosa, V. (2003). Internetdelivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive. Psychotherapy*, 31, 279-289.
- Kohout, J., Michalski, D. y Mulvey, T. (2010). 2008 APA survey of psychology health service providers. Washington DC: APA.
- Lauren, D. (2014). *DSM v Brevario*. Recuperado el 26 de abril de 2014, de: <http://es.scribd.com/doc/217968157/DSM-v-Brevario>
- Lingely-Pottie, P. y McGrath, P. (2006). A therapeutic alliance can exist without face-to-face contact. *J Telemed Telecare*, 12(8), 396-9.
- Luque, E.L. (2009). *Ciberterapia y realidad virtual en terapia psicológica*. Recuperado el 17 de abril de 2014, de: <http://www.psicologiacientifica.com/ciberterapia-realidad-virtual-psicologia/>
- Nelson, E.-L., Barnard, M., y Cain, S. (2006). Feasibility of telemedicine intervention for childhood depression. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 191-195. doi:10.1080/14733140600862303
- O'Brien, K. (2011). *Video calling ready to take leap into mainstream*. *The New York Times*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de <http://www.nytimes.com/2011/02/14/technology/14iht-srvideo14.html>
- Oneda, B., Ortega, K. C., Gusmão, J. L., Araújo, T. G., y Mion, D. (2010). Sympathetic nerve activity is decreased during device-guided slow breathing. *Hypertension Research*, 33(7), 708–712.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). Estrategia y plan de acción sobre *e-salud*. 51.º Consejo Directivo. 63a sesión del comité regional. Washington, D.C. Recuperado el 7 de mayo de 2014, de <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=78457>
- Rees, C., y Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Faceto-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 649-653.
- Rodríguez, F., (2013). *La relación entre la globalización, nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICS) y representaciones sociales*.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Simpson, S. (2009). Psicoterapia por videoconferencia: Una revisión *British Journal of Orientación y Asesoramiento*, 37 (3), 271-286.
- Sadín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: validación factorial y convergencia

- transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Soto-Pérez, F. (2011). *Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia*. (Tesis doctoral, Universidad de Salamanca). Recuperado el 23 de abril de 2014, de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121226/2/DPETP_SotoPerezFelipe_Tesis.pdf
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.R. y Lushene, R.E. (1982). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: Técnicos Especialistas Asociados (TEA).
- Suler, J. R. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology and behavior the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 7, 321-326.
- Wenceslao, P. (2012). About the effectiveness of telehealth procedures in psychological treatments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 475-487.
- Wiederhold, B. & Wiederhold, M. (2005). *"The future of the Cybertherapy: improved options with advanced technologies"*.
- Yuen, A. W. C., y Sander, J. W. (2010). Can slow breathing exercises improve seizure control in people with refractory epilepsy? A hypothesis. *Epilepsy & Behavior*, 18(4), 331–334. doi:10.1016/j.yebeh.2010.05.019
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S. J.,...Bouchard, S. (2010). Using Skype videoconferencing and Second Life virtual environments to deliver acceptance-based behavior therapy for social anxiety disorder. In J. Herbert (Chair), *New developments in remote and internet-based treatment. Paper to be presented at the 44th annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA*.

Anexo 1

Gráfico 1

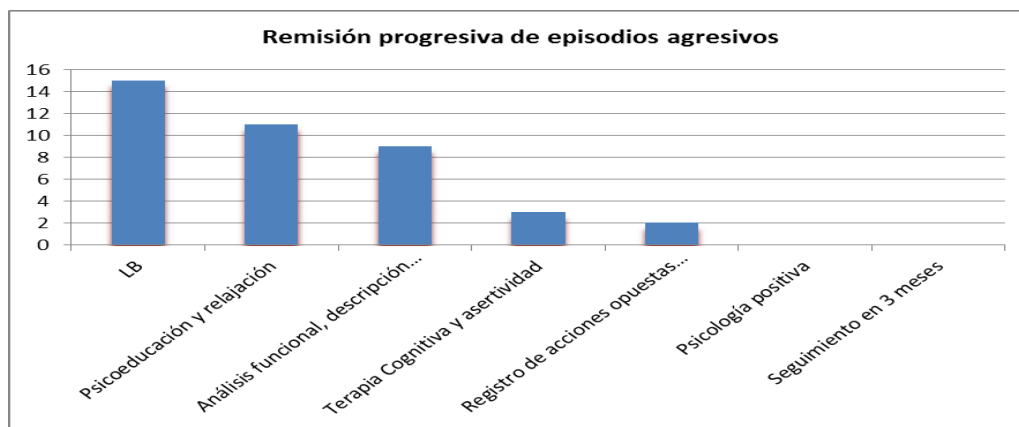


Tabla 2

Resultados de la evaluación inicial

Medidas	Puntuación	Interpretación
ASI	28	Población no clínica 19,1
BDI-II	19	19-29: Depresión moderada
PANAS +	23	Población no clínica: 29,7
PANAS -	40	Población no clínica: 14,8
Escala Rosenberg	28	>26: Autoestima alta
STAI-R	48	Población no clínica: 34,89

Nota:

ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; PANAS: Escala de Afecto positivo y Afecto negativo; STAI-R: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo.

Tabla 3

Resultados iniciales NEO-PI-R

Factores	Puntuación	Interpretación
Neuroticismo	71	Muy alto
Extraversión	37	Bajo
Apertura	50	Medio

Amabilidad	27	Muy baja
Responsabilidad	34	Muy baja

Tabla 4

Evolución medidas clínicas

	Pre-test	Post-test	Seguimiento 3meses	Seguimiento 8meses	Seguimientos 13 meses
ASI	28	10	11	8	8
BDI-II	19	6	2	1	0
PANAS +	23	39	38	40	45
PANAS -	40	17	19	23	16
STAI-R	48	14	15	17	15
Escala Rosemberg	28	37	35	35	36

Tabla 5

Puntuaciones de los factores de personalidad y facetas medidos por NEO-PI-R en el pre-test, post-test y sus seguimientos

	Pre-test	Post-test	Seguimiento 3meses	Seguimiento 8meses	Seguimientos 13 meses
Neuroticismo	71	49	51	53	50
Ansiedad	69	43	46	46	43
Hostilidad	68	56	46	46	50
Depresión	66	43	50	56	54
Ansiedad social	66	34	49	40	37
Impulsividad	73	63	66	71	69
Vulnerabilidad	71	53	53	56	50
Extraversión	37	63	63	57	53
Cordialidad	29	58	50	53	49
Gregarismo	37	60	50	46	46
Asertividad	34	54	58	46	54
Actividad	63	63	63	63	63
Búsqueda de emociones	57	63	73	73	58
Emociones positivas	31	54	51	51	40
Apertura a la experiencia	50	71	71	63	69
Fantasía	40	68	66	63	60
Estética	40	57	63	56	60
Sentimientos	49	58	58	60	69
Acciones	73	73	73	66	73
Ideas	47	54	54	50	54

Valores	66	71	63	66	69
Amabilidad	27	47	42	42	49
Confianza	29	49	53	49	44
Franqueza	32	42	42	37	40
Altruismo	27	56	34	47	53
Actitud conciliadora	37	50	47	34	54
Modestia	51	51	51	50	50
Sensibilidad a los demás	42	40	37	49	53
Responsabilidad	34	37	32	40	40
Competencia	37	42	37	40	42
Orden	27	27	27	29	29
Sentido del deber	34	40	37	37	37
Necesidad de logro	60	37	46	50	49
Autodisciplina	40	51	50	50	54
Deliberación	31	31	27	40	42

Tabla 6

Evaluación del cuestionario de satisfacción con la terapia recibida (Larsen, Attkinson, Hargreaves, & Nguyen, 1979, traducción de Bados, 1989)

Preguntas	Respuestas del paciente
¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?	Excelente
¿Encontró la clase de servicio que buscaba?	Si, en general
¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?	Totalmente
Si un amigo necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?	Probablemente si
¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?	Mucho
¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?	Mucho
En conjunto, ¿En qué medida está satisfecho con el servicio recibido?	Mucho
Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?	Probablemente si