

## Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online

Miguel A. Vallejo Pareja, Carlos M. Jordán Cristóbal, Marta I. Díaz García, María I. Comeche Moreno,  
José Ortega Pardo, Pedro J. Amor Andrés e Ihab Zubeidat  
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Aunque son cada vez más los servicios de psicología online y las investigaciones que se dedican a analizar sus resultados, no es tan fácil encontrar trabajos que describan el tipo de personas que los usan. El conocer el perfil de estas personas puede ayudar a mejorar los servicios de psicología online que se les ofrecen. Para llevarlo a cabo, hemos analizado las características socioeconómicas de 1.052 participantes, los cuales utilizaron nuestro servicio de consejo psicológico online. Las relaciones entre variables sociodemográficas y las relativas al motivo de la consulta constituyen el cuerpo de resultados de este artículo. La distribución de la edad en la muestra y un alto grado de cronicidad, la gran cantidad de consultas procedentes de Latinoamérica o la escasa presencia de personas con bajo nivel socioeconómico o educativo pueden conllevar implicaciones clínicas, sociales y legales que comentamos en este trabajo.

*The users of an online psychological advice service: A sociodemographic analysis.* Although online psychological services and research based on them are increasing rapidly, it is not that easy to find investigations that focus on the kind of people that demand them. To know their profile could help to improve the online psychological services that are offered to them. For this purpose, we analysed the sociodemographic characteristics of 1052 participants, all of them having posed a psychological question to our online advice service. The relations between sociodemographics and variables related to the psychological consultation are analysed herein. Features such as age distribution, a high proportion of long-term problems, the large quantity of questions from Latin America, or the under representation of the lowest socioeconomic and educational levels could lead to clinical, social and legal implications that we comment on in this work.

Los servicios online relacionados con la salud crecen día a día (Powel, Lowe, Griffiths y Thorogood, 2005) y lo mismo ocurre con sus usuarios. Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística, 2005), más del 28% de quienes accedieron a Internet en España en los últimos tres meses lo hicieron en busca de información sobre salud. Este porcentaje supone más de cuatro millones de personas. Por desgracia, esta encuesta no hace referencia expresa a la salud mental. Es razonable pensar que una proporción de estos usuarios tenga un problema relativo a sus emociones, pensamientos o conductas y visite páginas más relacionadas con la psicología clínica que con la medicina.

En España, sobre todo en el sector privado, la psicología comienza a utilizar esta tecnología de la comunicación para ofrecer información, orientación y servicios clínicos (Vallejo et al., 2007). Por el contrario, disponemos de pocos datos sobre las características de sus posibles usuarios. La literatura sobre este asunto es es-

casa. En nuestro país, un trabajo de la Universidad de Málaga (Valero, 2003a) aporta datos sobre la edad y el sexo de los usuarios de un servicio de consejo psicológico. Este servicio estaba centrado en la comunidad universitaria local (el 39% de las consultas las realizaron sus propios alumnos), por lo que la generalización de los datos es complicada. Además, los datos sociodemográficos no se solicitaban de forma explícita, sino que debían extraerse del texto en el que el usuario planteaba su pregunta. Comentaremos alguno de sus resultados más adelante.

Por nuestra parte, llevamos a cabo un estudio preliminar en el que analizamos casi la mitad de los casos ( $n=413$ ) que componen la muestra definitiva de este trabajo (Jordán, Vallejo, Díaz, Amor y Comeche, 2005). La distribución de los participantes en variables como el nivel educativo y socioeconómico, la edad o el sexo no ha sufrido cambios relevantes al añadir todos los casos.

Fuera de nuestro país, la situación no es muy distinta. No hemos encontrado ningún trabajo en donde se describa la población que trata de buscar ayuda psicológica online. Relativamente cerca de nuestro propósito se encuentra un trabajo en el que se utiliza Internet para analizar la incidencia de la depresión en la población estadounidense (Houston et al., 2001). Lo llevaron a cabo situando una versión computerizada del CES-D (Ogles, France, Lunnen, Bell y Goldfarb, 1998) en una página de información sobre salud.

Sus conclusiones sugieren que la evaluación online es una herramienta muy útil para la investigación epidemiológica, aunque las personas mayores y las minorías étnicas pueden quedar infrarrepresentadas.

El conocer el perfil de los posibles usuarios de nuestros servicios de psicología online nos ayudará a entender mejor sus necesidades y desarrollar mejores páginas web. Pretendemos aportar información sobre este asunto analizando algunas características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, de estudios y situación laboral) de los usuarios de nuestro servicio de consejo psicológico. También se desgana la procedencia de las consultas (de qué parte del mundo proceden y el tamaño de la población del consultante), así como la historia del problema que le llevó a realizarla (cronicidad y tratamientos realizados). Con el fin de ubicar más claramente, en términos clínicos, la muestra de la que proceden los datos, ofrecemos también los resultados del General Health Questionnaire-28 (Goldberg y Hillier, 1979).

### Método

#### Diseño

Todos los participantes en el estudio realizaron una consulta sobre problemas psicológicos en la página <https://www.terapiacognitivoconductual.uned.es/terapia>. En primer lugar, los participantes encontraban las condiciones en las que se prestaría el servicio de consulta psicológica y la información relativa a la investigación de la que forma parte el servicio. Informado el participante, y una vez realizada la consulta, se le pedía que completara un cuestionario sociodemográfico, además de dos cuestionarios de screening psicopatológico (GHQ-28 y SCL-90-R; Derogatis, 1977). Ambos cuestionarios comienzan a acumular evidencia a favor de su utilización online (Vallejo, Jordán, Díaz, Comeche y Ortega, 2007). Sin embargo, los resultados del GHQ-28 que mostramos son sólo orientativos, puesto que hemos utilizado un punto de corte estándar (Richard, Lussier, Gagnon y Lamarche, 2004) por no disponer de uno exclusivo para la población a la que nuestra muestra representa: la comunidad online.

Los enlaces principales a través de los que acceder a esta consulta se encuentran en la página institucional de la Universidad Nacional de Educación a Distancia ([www.uned.es](http://www.uned.es)) y en la del Colegio Oficial de Psicólogos ([www.cop.es](http://www.cop.es)). Además, introduciendo «consulta psicológica» o «consulta psicología» en los más populares buscadores, la página aparece entre los primeros enlaces ofrecidos (el tercero en «Google» y el sexto en «Yahoo!»). No se realizó ninguna campaña de publicidad expresa ni dentro ni fuera de la facultad, por lo que aun tratándose de un muestreo no aleatorio de personas autorreclutadas, la validez ecológica de la muestra es grande.

Se estableció un único contacto con los pacientes (el envío de la respuesta del psicólogo tras recibir la consulta), con lo que no fue posible adentrarse en los casos lo suficiente como para poder establecer un diagnóstico o un juicio clínico.

#### Participantes

Analizaremos los datos relativos a 1.052 consultas recibidas entre el 15 de octubre de 2004 y el 17 de noviembre de 2005. En la tabla 1 podemos ver las características generales de toda la muestra. El desgana la información recogida en estos datos ge-

nerales ocupa el apartado de resultados de este trabajo. Algunas categorías como el nivel socioeconómico o el tamaño de la ciudad de residencia no fueron operativizados (por ejemplo, indicando un nivel de ingresos cuantitativo o el número de habitantes para cada categoría), de modo que los participantes eligieron la categoría correspondiente de forma subjetiva con las limitaciones que esto implica. No obstante, una valoración cuantitativa del nivel de ingresos tampoco sería muy conveniente al encontrarnos con participantes provenientes de lugares en donde un mismo salario *n* puede suponer unas condiciones de vida muy distintas.

Tabla 1  
Características sociodemográficas de la muestra completa

Características sociodemográficas (N= 1052)	%	Características sociodemográficas (N= 1052)	%
<b>Sexo</b>		<b>Procedencia</b>	
Mujer	63.7	España	62.5
Hombre	36.3	Otros países U. E.	2.1
		Resto de Europa	.3
		Latinoamérica	30.9
		Norteamérica	2
		Resto del mundo	2.2
<b>Edad* (años)</b>		<b>Residencia</b>	
16-24	28.7	Ciudad pequeña	27.5
25-34	45.6	Ciudad mediana	32.5
35-44	18	Ciudad grande	17.9
45-54	6.7	Capital de Estado	22.1
55 o más	1		
<b>Estado civil</b>		<b>Internet</b>	
Soltero/a	63.2	Lo usa habitualmente	89.8
Casado/a	28.2	No lo usa	10.2
Divorciado/a	8.2		
Viudo	.4		
<b>Nivel de estudios</b>		<b>Tratamiento médico relacionado con la consulta</b>	
Primarios	6	<b>Actual</b>	
Bachillerato	26.3	Sí	13.4
Formación Profesional	26	No	86.6
Diplomados	16.7	<b>Pasado</b>	
Licenciados	24.9	Sí	19.5
		No	80.5
<b>Nivel socioeconómico</b>		<b>Tratamiento psicológico relacionado con la consulta</b>	
Bajo	5.4	<b>Actual</b>	
Medio-bajo	21	Sí	19
Medio	58.6	No	81
Medio-alto	13.7	<b>Pasado</b>	
Alto	1.3	Sí	20.7
		No	79.3
<b>Estatus laboral</b>		<b>Baja laboral</b>	
Activo	73.8	Sí	10.6
Parado	25.4	No	72.2
Jubilado	.9	No procede	17.2
<b>Cronicidad</b>			
1 mes	10.6		
3 meses	9.8		
6 meses	10.8		
1 año	11.5		
2 años	11.7		
3 años	9.1		
4 o más años	36.4		

\* Los datos de edad se corresponden con N= 1044

Análisis de datos

Resultados

En general se utilizaron estadísticos no paramétricos ( $\chi^2$ , prueba U de Mann-Whitney, test Kolmogorov-Smirnoff) para averiguar el grado de relación entre las variables. La numerosa presencia de variables categóricas, la falta de normalidad en la distribución de la edad, y las grandes diferencias en el número de participantes que agrupaba cada categoría en las distintas variables recomendaban la utilización de este tipo de herramientas. Cuando se trataba de relacionar dos variables dicotómicas se utilizó la correlación de Pearson.

La extrema disparidad en la frecuencia de las categorías de la variable «procedencia» influyó en el análisis. Cuando esta variable estaba involucrada, se optó por realizar un análisis más detallado de las categorías mayoritarias ( $N_{\text{España}}=658$ ,  $N_{\text{Latinoamérica}}=325$ ).

También llevamos a cabo una comparación de nuestros resultados con datos del Instituto Nacional de Estadística, con los de un servicio de salud mental español (Valero y Ruiz, 2003) y con los de un estudio preliminar propio.

Como hemos mencionado, la edad no se distribuye normalmente en la muestra ( $K-S: z=3.182$ ;  $p<.001$ ). En concreto, su distribución adopta una forma asimétrica positiva: los casos se agrupan en mayor cantidad en torno a las edades más bajas. Una descripción detallada de esta variable aparece en la tabla 2.

La edad presentó diferencias en su distribución por sexos ( $K-S: z=1.548$ ;  $p<.05$ ) mediadas por el origen del consultante. Mientras que entre los procedentes de Latinoamérica no aparecían tales diferencias, en el grupo de españoles los hombres superaban a las mujeres en el rango de edad entre los 16 y 24 años (28,7% - 18,8%) y ocurría lo contrario –más mujeres que hombres– entre los 25 y 34 (41,7% hombres - 50,9% mujeres). La distribución del grupo de españoles se correspondía con el análisis de la muestra completa.

El sexo también aparece relacionado con el nivel socioeconómico ( $\chi^2=11.738$ ;  $p<.05$ ). Conforme aumentaba tal nivel, la proporción de hombres tendía a disminuir; lo contrario que sucedía entre las mujeres. Así, en el nivel medio-bajo la proporción hombres-mujeres era 42,1% frente al 57,9%; en el nivel medio, 34,1% hombres, 65,9% mujeres, y en el medio-alto, 30,6% hombres y 69,4% mujeres. Estas tendencias no aparecían en las categorías extremas de esta variable (nivel socioeconómico alto y bajo) en las cuales hombres y mujeres rondaban el 50%.

La procedencia del consultante también se encontraba relacionada con el nivel de estudios ( $\chi^2=108.820$ ;  $p<.001$ ) y con el tamaño de la ciudad donde residía el consultante ( $\chi^2=42.117$ ;  $p<.001$ ). La mitad de los españoles poseía estudios universitarios, un 25,8% entre los latinoamericanos, mientras que la categoría mayoritaria entre éstos fue la formación profesional (42,5%), un 18,1% entre los españoles. Los bachilleres estuvieron en torno al 25% y en torno al 5-6% quienes declararon estudios primarios en ambas procedencias. En cuanto al tamaño de la ciudad de residencia, a mayor tamaño, más posibilidades de proceder de Latinoamérica y, al contrario, más posibilidades de encontrar españoles entre las consultas procedentes de ciudades más pequeñas. De las consultas recibidas desde poblaciones de pequeño tamaño el 77% procedían de España frente al 23% de consultas procedentes de Latinoamérica. En las ciudades grandes el porcentaje procedente del otro lado del Atlántico ascendía hasta el 36,7%.

Descripción de la edad en la muestra (N <sup>1</sup> = 1044)			
		Percentil	Edad
<b>Media</b>	30,002		
Límite inferior	29,468		
Límite superior	30,536	5	18.0
<b>Mediana</b>	29,000	10	20.0
<b>Desv. típ.</b>	8,7879	25	24.0
<b>Mínimo</b>	16	50	29.0
<b>Máximo</b>	69		
<b>Rango</b>	53,0		
<b>Amplitud intercuartil</b>	11,0	75	35.0
<b>Asimetría</b>	,886	90	43.0
<b>Curtosis</b>	,942	95	47.0

<sup>1</sup> No se dispone de la edad de 8 participantes debidos a un error del sistema

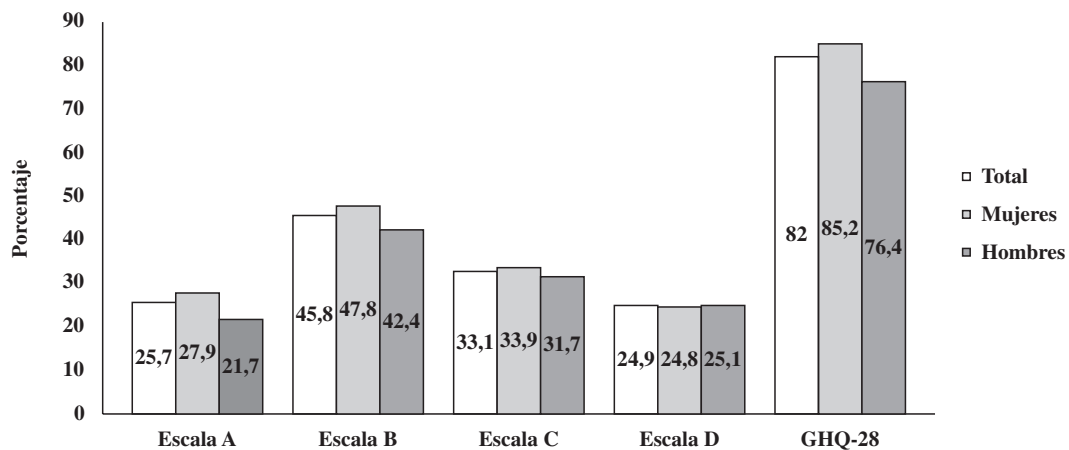


Figura 1. Porcentaje de puntuaciones iguales o superiores a 5 en el GHQ-28 y en cada una de sus escalas (A: Somatización; B: Ansiedad-Insomnio; C: Disfunción social; D: Depresión severa; GHQ-28: Puntuación total)

Todos los participantes afirmaban padecer un problema psicológico y el 38,1% había estado en tratamiento médico o psicológico por su causa. En la figura 1 podemos observar los resultados del GHQ-28. En ella aparece la proporción de participantes que puntuaron cinco o más en toda la prueba. También asignamos a cada participante a una categoría (A: somatización, B: Ansiedad-Insomnio, C: Disfunción social, D: Depresión severa) si superaban dicha puntuación en una sola escala de las cuatro que componen el cuestionario. Según los resultados del GHQ-28, el porcentaje de participantes que podría beneficiarse de una intervención clínica es muy alto y destacan, como más comunes, los problemas relacionados con la ansiedad y el insomnio. A modo de validez concurrente, podemos añadir que las puntuaciones directas y totales del GHQ-28 correlacionaron positivamente ( $r = .78$ ) con la del SCL-90-R. Se observaron, además, correlaciones significativas aunque de poca intensidad entre ser mujer y superar el corte tanto en la escala A ( $r = .07$ ;  $p < .05$ ) como en la puntuación global ( $r = .11$ ;  $p < .01$ ).

En la tabla 3 mostramos las relaciones entre haber seguido algún tipo de tratamiento (actualmente o en el pasado) y la influencia del problema en la actividad laboral (baja laboral). Todos los tratamientos correlacionaron positivamente (los tratamientos médicos pasados y actuales fueron los que más alto lo hicieron). También la baja laboral lo hacía con los distintos tratamientos: es más fácil estar de baja cuando hay un tratamiento involucrado. El sexo de los participantes no tuvo relación con ningún tipo de tratamiento ni con la baja laboral.

Otra relación importante apareció entre la baja laboral y el nivel socioeconómico ( $\chi^2 = 34.853$ ;  $p < .001$ ): cuanto mayor era el nivel socioeconómico, menos probable que nos encontráramos con una baja laboral relacionada con el problema psicológico del participante. Las bajas ascendían al 35,6% en el nivel socioeconómico bajo, mientras que oscilaron entre el 6 y el 18% en el resto de categorías. Por otro lado, los distintos tratamientos no mostraron relación alguna con el nivel socioeconómico ni con el tamaño de la población de residencia.

La cronicidad aparece como una de las características definitorias de nuestra muestra. Como veíamos en la tabla 1, más del 36% de las consultas se referían a problemas de muy larga duración (con una antigüedad de cuatro o más años). Pero de nuevo el origen del consultante plantea diferencias. Entre los participantes latinoamericanos más del 45% sufrían su problema desde hacía cuatro o más años, mientras que la misma categoría agrupaba

solamente al 15% de las consultas de la población española. La cronicidad también mostró relación con tratamientos pasados ( $\chi^2 = 33.637$ ;  $p < 0.01$ ), pero no lo hacía con tratamientos que se estaban siguiendo en el momento de la consulta. Tampoco el sexo ni el nivel socioeconómico guardaron relación alguna con la cronicidad.

La aparición al unísono de problemas de distinto tipo también es habitual entre los consultantes; en nuestra muestra, el 39% podían ser considerados «casos» en 2 o más escalas del GHQ-28. La

Tabla 4  
Correlaciones entre escalas de las distribuciones caso/no caso

	Scale A	Scale B	Scale C	Scale D
Scale B	.346*	1		
Scale C	.299*	.314*	1	
Scale D	.215*	.269*	.347*	1

\* $p < .01$

Tabla 5  
Comparación de nuestros resultados con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de un centro de salud mental andaluz

Características sociodemográficas	Muestra completa (N= 1052)	Muestra España <sup>1</sup> (N= 658)	Estudio previo <sup>2</sup> (N= 413)	Anda- <sup>3</sup> lucía	INE <sup>4</sup>	INE-S <sup>5</sup>
	Porcentajes					
<b>Sexo</b>						
Mujer	63.7	64.9	65.4	60.2	45.12	49.57
Hombre	36.3	35.1	34.6	39.8	54.88	50.43
<b>Edad* (años)</b>						
16-24	28.7	22.3	21.2	13.9	27.81	20.38
25-34	45.6	47.7	51.8	18.7	31.72	34.48
35-44	18	21.6	18	17.4	22.35	27.28
45-54	6.7	7.6	8.5	16.4	11.84	12.14
55 o más	1	.8	.5	21.12	6.28	5.71
<b>Nivel de estudios</b>						
Primarios	6	7	5.3	51.6	5.14	3.04
Bachillerato	26.3	24.9	27.1	12.0	47.8	42.21
Formación Profesional	26	18.1	22.5	2.0	13.71	13.26
Universitarios	41.6	50	45	5.4	33.17	41.48
<b>Residencia</b>						
Ciudad pequeña	27.5	31.0	28.6		27.49	24.53
Ciudad mediana	32.5	34.5	32.9	-	22.97	24.03
Ciudad grande/capital	40	34.5	38.5		49.53	51.44
<b>Procedencia</b>						
España	62.5		73.8			
Otros países U. E.	2.1		2.9			
Resto de Europa	.3	-	.5	-	-	-
Latinoamérica	30.9		21.1			
Norteamérica	2		.7			
Resto del mundo	2.2		1			

<sup>1</sup> Participantes españoles del presente estudio

<sup>2</sup> Muestra de estudio preliminar proveniente de nuestro servicio de asistencia psicológica online (consultas recibidas desde octubre de 2004 a abril de 2005).

<sup>3</sup> Muestra del centro de salud mental de Málaga (Valero y Ruiz, 2003)

<sup>4</sup> Datos del INE sobre personas que han usado Internet en los últimos tres meses

<sup>5</sup> Datos del INE sobre personas que han usado Internet en los últimos tres meses para recabar información relacionada con la salud

Tabla 3  
Correlaciones entre los tratamientos recibidos en relación con el motivo de la consulta y la baja laboral

	Baja laboral (N <sup>1</sup> = 871)	Toda la muestra (N= 1052)		
		Tratam. médico pasado	Tratam. psicológico pasado	Tratam. médico actual
Tratamiento médico pasado	.100(**)			
Tratamiento psicológico pasado	.122(**)	.447(**)		
Tratamiento médico actual	.184(**)	.525(**)	.219(**)	
Tratamiento psicológico actual	.165(**)	.165(**)	.350(**)	.357(**)

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

<sup>1</sup> Excluidos los casos que contestaron «no procede»

correlación entre «casos» (1) y «no casos» (0) en las distintas escalas aparece en la tabla 4. Que más de la mitad de quienes consultaron arrastren su problema desde hace 2 o más años puede ser la razón del alto grado de comorbilidad observado.

Terminamos este apartado de resultados con la tabla 5. En ella podemos ver la distribución de algunas variables en distintos trabajos mencionados en comparación con éste. Comparándolo con nuestro estudio preliminar (Jordán et al., 2005), destaca el incremento de las consultas procedentes de Latinoamérica en la misma proporción que descienden las de población española.

En la comparación con los datos del centro de salud mental (Valero y Ruiz, 2003), destaca la diferencia de edad y el nivel educativo de los miembros de ambas muestras. Las personas de mayor edad y con menor nivel de estudios estaban mejor representados en el centro de salud mental local. En cuanto a la distribución por sexos, las muestras que estaban relacionados con la salud mental (la del centro de salud y la nuestra) eran bastante similares (alrededor de un 60% de mujeres), mientras que las que tenían que ver con el uso de Internet (la del INE y la nuestra) eran distintas, con menor proporción de mujeres en la muestra del INE.

### Discusión

En la tabla 2 vimos que el 95% de la muestra tenía 47 años o menos. Esta distribución de la edad difiere por completo de las de un centro de psicología clínica con consultas cara a cara. Se puede considerar esto como un efecto cohorte (las nuevas generaciones harán desaparecer este efecto) y, por el momento, debe ser tenido en cuenta al desarrollar páginas de consejo o tratamiento psicológicos, en las que debe predominar un enfoque ideográfico (Evers et al., 2003). La elevada proporción de personas solteras también puede ser explicada por la distribución de la edad.

La distribución por sexos (una mayor proporción de mujeres utilizaron nuestro servicio) se corresponde con la que aparece en los centros de salud mental tradicionales (Valero y Ruiz, 2003). En los datos de utilización de Internet (tabla 5), observamos cómo aumenta la proporción de mujeres del 45 al 49% cuando pasamos del uso en general a su utilización en relación con la salud. Seguramente en estos datos se podrían apreciar cifras más cercanas a las nuestras si se detallase el uso de Internet en consultas específicamente relacionadas con la psicología clínica o de la salud.

La importancia de la procedencia geográfica de la consulta no sólo es relevante por su relación con variables como la edad, la cronicidad y el nivel educativo. En los siete meses que van de nuestro estudio preliminar al presente trabajo (tabla 5), las consultas procedentes de Latinoamérica aumentaron un 10%. Incluso un servicio como el de la Universidad de Málaga, con un enfoque eminentemente local, recibió un 17% de sus visitas desde el otro lado del Atlántico (Valero, 2003a). Aún no sabemos si la proporción de casos que se nos presentan desde fuera de España ha alcanzado su techo en nuestro servicio. Las implicaciones legales de la práctica clínica online llevan tiempo siendo analizadas (NBCC, 2005) y una de ellas tiene que ver con el lugar del que procede el cliente y el lugar en el que está ubicada la sede social de quien proporciona el servicio. Ambos, el cliente y el profesional, deben conocer qué legislación local se les puede aplicar. Además, las posibles diferencias entre los bagajes culturales de unos y otros recomiendan tener en cuenta esta cuestión.

Sólo el 6% de nuestros consultantes indicaron poseer educación primaria. Las categorías equivalentes («puede leer» y «estudios primarios») agrupaban al 51% en un centro de salud mental

(Valero y Ruiz, 2003). Aún dejando a un lado los datos de niños en este último estudio (el 12,2% eran menores de 16 años), es bastante evidente que los servicios de psicología online pueden tener problemas para llegar a las personas con un nivel de estudios menor. Esto se corresponde con los datos del uso de Internet en España: sólo el 5% de este grupo de población había usado Internet en los últimos 3 meses (tabla 5). Teniendo esto en cuenta, la difusión del uso de las nuevas tecnologías de la educación en los primeros años de escolarización puede tener consecuencias que van más allá del nivel educativo, pudiendo afectar a la capacidad de acceder a servicios de salud.

El uso de nuestro servicio en las ciudades pequeñas o medianas era similar al de las capitales mayores. Esto parece confirmar que la atención psicológica online puede alcanzar lugares en los que la atención cara a cara puede ser difícil de conseguir. Sin embargo, esto no es así en Latinoamérica. La llamada «brecha tecnológica» entre las ciudades pequeñas y las grandes capitales es todavía un hecho allí.

Debemos señalar, no obstante, que ni el tamaño de la ciudad ni el nivel socioeconómico se relacionaba con haber recibido tratamiento médico o psicológico por el problema que llevó al participante a consultarnos. Se puede decir que buscamos ayuda psicológica en la red sin importar dónde nos encontremos o nuestro nivel de ingresos. Teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico más bajo está poco representado en nuestros datos, que Internet abarate su coste y se popularice hará que más personas recurran a la atención psicológica online. El alto porcentaje de participantes con altas puntuaciones en el test de screening psicopatológico nos indica que podemos encontrarnos ante un tipo de herramientas (páginas que ofrezcan una primera opinión de un profesional) que sirvan de puerta de acceso a otro tipo de atención más profunda cuando sea necesaria.

Más del 57% de los participantes llevan arrastrando su problema desde hace dos años o más. Los problemas de larga duración pueden empujar a buscar en Internet una solución que no han encontrado en otros lugares (o que ha dejado de funcionar). La relación encontrada entre la cronicidad y el haber estado en tratamiento puede apuntar en esta dirección. Aparte, la cronicidad no estaba relacionada con el nivel socioeconómico, pero sí con la baja laboral. Podemos interpretar que estos problemas crónicos son independientes de la riqueza personal, pero que llevan a la baja laboral con más facilidad a quienes tienen un nivel más bajo de riqueza.

Algunas características de nuestros participantes pueden ser relevantes para la psicología online en el ámbito clínico, pero pueden extender sus implicaciones al ámbito social e incluso al legal. En cuanto a la dimensión clínica, lo concerniente a la cronicidad es el hallazgo más importante. Debemos tener presente que es muy probable que una gran proporción de nuestros clientes online estén batallando con problemas crónicos o de larga duración. La relevancia clínica de páginas en las que un paciente pueda acceder de forma rápida a la opinión de un profesional va más allá del conocimiento sociodemográfico o epidemiológico que se pueda obtener acerca de la población que acceda a estos servicios. Su importancia puede residir también en el dinamismo con el que se preste una primera atención. De ella se puede derivar un tratamiento temprano que evite la cronicidad y el mal pronóstico que ésta conlleva. Al tiempo, es posible que pacientes crónicos que habían desistido en el propósito de mejorar, encuentren en este nuevo acceso a los profesionales un aliciente.

En cuanto al ámbito social, mencionaremos la baja representación en nuestra muestra de personas con menor nivel educativo y socioeconómico en comparación con los servicios de psicología tradicionales o in situ. Al mismo tiempo, hemos comprobado que buscamos ayuda para nuestro problema psicológico sin importar nuestro nivel de ingreso. Por lo tanto, incrementar el acceso a Internet en este segmento de la población proporcionará a este grupo de población otra forma de acceder a servicios de asistencia psicológica.

Por último, hemos señalado la masiva presencia de consultas procedentes de Latinoamérica. Esto significa que las fronteras de

Internet son las lenguas y no las que separan los países. Sin embargo, las leyes tienen que ver con los países que las dictan, no con las lenguas. Esto deben tenerlo presente tanto el usuario como el profesional, sin dejar de lado la importancia que el origen cultural de ambos puede tener en la relación terapéutica online.

#### Agradecimientos

Trabajo financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, Proyecto I+D+i SEJ2004-03392, investigador principal Miguel A. Vallejo Pareja.

#### Referencias

- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine.
- Evers, K.E., Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Driskell, M., Cummins, O., y Velicer, W.F. (2003). Strengths and weaknesses of health behavior change programs on the Internet. *Journal of Health Psychology*, 8, 63-70.
- Goldberg, D.P., e Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Houston, T.K., Cooper, L.A., Vu, H.T., Kahn, J., Toser, J., y Ford, D.E. (2001). Screening the public for depression through the Internet. *Psychiatric services*, 52, 362-367.
- Instituto Nacional de Estadística (2005). *Encuesta sobre equipamiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares (TIC=H)*. Obtenido online el 17 de febrero de 2006 en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft25%2Fp450&O=inebase&N=&L=>
- Jordán, C.M., Vallejo, M.A., Díaz, M.I., Amor, P.J., y Comeche, M.I. (2005). The online clinical demand over psychology: Who's asking for help? En *Abstract book of the XXXV Annual Congress of the European Association for Cognitive and Behavioural Therapies (EABCT)*, 229.
- NBCC: National Board for Certified Counselors (2005). *The Practice of Internet Counselling*. Obtenido online el 18 de marzo de 2006 en <http://www.nbcc.org/webethics2>
- Ogles, B.M., France, C.R., Lunnen, K.M., Bell, M.T., y Goldfarb, M. (1998). Computerized depression screening and awareness. *Community Mental Health Journal*, 34, 27-38.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Obtenido online el 23 de febrero de 2006 en <http://www.who.int/about/en/>
- Powel, J.A., Lowe, P., Griffiths, M.E., y Thorogood, M. (2005). A critical analysis of the literature on the Internet and consumer health information. *Journal of telemedicine and telecare*, 11, 41-43.
- Richard, C., Lussier, M.T., Gagnon, R., y Lamarche, L. (2004). GHQ-28 and cGHQ-28: Implications of two scoring methods for the GHQ in a primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 235-243.
- Valero, L. (2003a). El consejo psicológico a través de Internet: datos de una experiencia institucional. *Apuntes de Psicología*, 21, 71-88.
- Valero, L. (2003b). Limitaciones de la consulta psicológica online: experiencia de dos años del Servicio de Atención Psicológica de la UMA. Comunicación oral. *IV Congreso Nacional Internet y Psicología*.
- Valero, L., y Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.
- Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I., y Ortega, J. (2007). Psychological Assessment via the Internet: A reliability and validity study of online (vs Paper-and-Pencil) Versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9(1): e2.
- Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Mañanes, G., Vasallo, A., Comeche, M.I., y Díaz, M.I. (2007). Clinical psychology offers in the Internet in Spain. *Computers in Human Behavior*, 23, 2133-2143.