

A 01921
186



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"PSICOTERAPIA VÍA INTERNET, SU PRÁCTICA, REGULACIÓN
E INVESTIGACIÓN: EL CASO DEL TABAQUISMO"

Practice, research and regulatory issues of psychotherapy via the
internet: the case for tobacco smoking.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ROBERTO ISRAEL / PATONI MALDONADO

Director de tesis: Dr. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
Revisor de tesis: Dr. FEDERICO G. PUENTE SILVA



MÉXICO, D.F.

MAYO, 2003.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico
el contenido de mi trabajo

ROBERTO PATONI MALDONADO
Roberto Israel
16 Mayo 2003
frr

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Papá y Mamá:

Por su gran cariño, paciencia, fortaleza, perseverancia, educación, sabios consejos, palabras... por todo. Les dedico esta tesis con todo mi cariño.

Gracias por enseñarme a ser una persona sencilla, noble, pacífica, atenta y responsable.

A mi hermano Carlos, por ponerle siempre a mi día una gota de simpatía y despreocupación a mi trabajo y pensamiento, que como una gota de agua, son indispensables para vivir.

A Jorge por dejarme ver más allá de lo imaginado, cruzando barreras, que como todo, tienes que conocer y tomar con astucia.

Que con el simple hecho de tener su imagen presente o recordarlos, me dieron las ganas de seguir adelante gracias a su ejemplo de consistencia e infatigabilidad.

Gracias por ello y por ser como son. Realmente uno aprende algo de cada uno de ustedes y que puede ser llevado a cabo. Gracias.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

Gracias Nashelli, porque en ella he encontrado un cúmulo de inspiración, esfuerzo, sabiduría y fuerza para seguir adelante y no quedarme estancado. Porque en ti he encontrado una fuente de iluminación, que alumbró un camino prometedor. Porque en ti he encontrado también muchos problemas, problemas que inevitablemente te da la vida, pero que afortunadamente los he pasado y superado contigo, que de no ser así, hubiera quedado en el intento. Porque en ti he encontrado un espejo que me dice que es lo que esta bien y que lo que esta mal, y que por ello me supero. Y me da gusto encontrar una persona parecida a mí, que sigue la corriente de mis impulsos y de mi corazón. Sin ti, no hubiera podido realizar mi sueño más importante... Gracias por tu incondicional amor, comprensión y sabiduría.

¡Gracias! a los conocimientos de Marco Ulises, que fueron una de las columnas de esta tesis, y porque me demostró que la amistad es incondicional cuando un hermano la necesita. Gracias por su ejemplo de perseverancia e inteligencia, ¡sigue así hermano!

A mi otro hermano Raúl, que como siempre, no deja de sorprenderme y enseñar el lado bueno de la vida, de mí mismo y de todas las personas que toca con su gentileza, paciencia, sabiduría y miles de cualidades, que hasta la fecha, no sé como caben en una persona y que creo que nunca acabare de contar, sigue así Raúl y recuerda que lo tenemos.

Al Quique, por ser siempre alegre y porque siempre planta en mí un relámpago de alegría, optimismo y de buen humor. Échale ganas en todo y... que la fuerza te acompañe.

A David por su ejemplo de dedicación en todo lo que hace.

A Upekshamati y al A.O.B.O. por sus valiosas enseñanzas, ayuda y por hacerme una persona más segura y diferente.

Al Marco (el vecino), que sin su invaluable ayuda, conocimiento, orientación y buen humor no hubiera concluido satisfactoriamente esta tesis. ¡Mucha suerte en todo lo que realices!

Gracias a Tere, al Miguelón (gracias por sembrar en mí las ganas de hacer la tesis), Veritos, al Joako, Eloisa, Joel, Ericka, Toquero, Dan, Silvia (la maja), Iliana, Israel (kaliman), Edna, Martha, Elsa, Mónica, Angélica Riveros, Janneth, Jacky, Ricardo, Luz, Adriana y todas las personas que me rodean. Recuerden que fueron una fuente de inspiración, alegría y confianza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Gracias al indescriptible Dr. Sánchez Sosa, a sus atinados y sabios consejos, comentarios y palabras que enriquecieron esta tesis. Principalmente a su forma de ser, que fue lo que más me ayudó e inspiró a seguir adelante ☺. Además, gracias por creer en este proyecto y enriquecerlo.

Gracias al siempre prudente y conocedor Dr. Federico Puente, que con su paciencia y ganas de seguir adelante, pudo concluirse esta tesis. Gracias por su dedicación Doctor y considerarme su amigo.

Gracias también a mis sinodales, la Lic. Maria de los Ángeles Mata, el Dr. Samuel Jurado y la Mtra. Mariana Gutiérrez Lara, por sus correcciones, apoyo, comentarios y dedicación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Búsqueda y análisis	4
Objetivos	5
CAPITULO I: El tabaquismo	
1. En el mundo	6
2. Situación del tabaquismo en México	7
3. Componentes del tabaco	9
3.1. Trastornos provocados por el consumo del tabaco	11
4. Tratamiento y prevención del tabaquismo	12
4.1. Tratamientos médico-farmacológicos	13
4.2. Tratamientos no médicos	14
4.3. Tratamientos psicológicos	15
4.4. Prevención del tabaquismo	18
5. Limitaciones del sistema presencial	20
6. Servicios por teléfono	21
7. Programas educativos por televisión	21
8. La Internet como nueva opción de tratamiento	22
CAPITULO II: La Internet	
1. Definición de la Internet	23
2. Orígenes de la Internet	24
2.1. Origen del correo electrónico (e-mail)	26
2.2. Origen del Internet Relay Chat (I.R.C.)	26
3. Actualidad y administración de la red	27
4. Servicios de la Internet	28
4.1. La World Wide Web (W.W.W.) o la Gran Telaraña Mundial	29
4.1.1. Distinción entre la Internet y la World Wide Web (W.W.W.)	29
4.2. Correo electrónico o e-mail	30
4.3. Conversación en tiempo real o I.R.C	30
4.4. La Videoconferencia	31
4.4.1. Diferencia entre la Teleconferencia y Videoconferencia	32
4.4.2. Tipos de Teleconferencias	32
4.5. Protocolo de Transferencia de Archivos (File Transfer Protocol, F.T.P.)	33
4.6. Buscadores (browsers)	33

4.7. http (Hyper Text Transfer Protocol)	33
5. Internet en México	35
5.1. Usuarios de la Internet en México	35
6. ¿Cómo funciona la Internet?	36

CAPITULO III: La Psicoterapia Vía Internet

1. Orígenes de la Psicoterapia Vía Internet	38
1.1. La tradición psicoanalítica de la correspondencia	38
1.2. La tradición de la experimentación con el marco analítico	39
1.3. Psicoanálisis y psicoterapia como un fenómeno de cultura popular	39
1.4. La Radioterapia	40
2. Modalidades de tratamiento por Internet (sincrónicos y asincrónicos)	41
2.1. El Intercambio terapéutico de e-mails	41
2.2. La continuación de la terapia por e-mail	43
2.3. Terapia hablada o en Internet Relay Chat (I.R.C.)	43
2.4. Psicoterapia Vía Internet Basada en la Teleconferencia	44
3. Definición de la Psicoterapia Vía Internet	45
4. Actualidad de la Psicoterapia Vía Internet	45
5. Futuro de la Psicoterapia vía Internet	46

CAPITULO IV: Ventajas y desventajas de la psicoterapia vía Internet

1. Ventajas de la psicoterapia vía Internet	47
1.1. Ventajas para el usuario	47
1.2. Ventajas para el psicólogo	48
2. Desventajas de la psicoterapia vía Internet	49
2.1. Desventajas para el psicólogo	49
2.2. Desventajas para el usuario	50
2.3. Adicción al Internet	52
2.3.1. Definición de la Adicción a la Internet	53
2.3.2. ¿Cómo diagnosticar Adicción a la Internet?	54

CAPITULO V: Efectividad de la Psicoterapia Vía Internet

5.1. Estudios recientes que comprueban la efectividad de la psicoterapia vía Internet	58
---	----

CAPITULO VI: Telesalud (Telehealth)

1. Orígenes de la Telesalud	63
2. Definiciones de la Telesalud	64
3. La Telesalud en México	65

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII: Condiciones éticas en los servicios de Psicoterapia vía Internet

1. Los 10 Principios Interdisciplinarios para la Práctica Profesional en la Telesalud: Implicaciones para la Psicología	67
2. El problema de establecer las condiciones éticas en Internet	82

CAPITULO VIII: La terapia cognitivo-conductual en la modificación de conductas de salud, especialmente con fumadores

1. Autoobservación	83
2. Condicionamiento clásico	84
3. Desensibilización sistemática	85
4. Condicionamiento operante	85
5. Moldeamiento	86
6. Modelamiento	86
7. Control de estímulos	86
8. Condicionamiento encubierto o sensibilización encubierta	87
9. Role Playing o ensayo conductual	88
10. Inoculación	88

CAPITULO IX: Propuesta para llevar a cabo una intervención psicológica vía Internet para pacientes con adicción a el tabaco

1. Justificación del Programa para el tratamiento de pacientes con problemas de tabaquismo a través de Internet	90
2. Materiales para llevar a cabo una intervención psicológica vía Internet	92
3. Procedimiento	93
3.1. Descripción del tratamiento	94
3.2. Descripción de las sesiones	94
4. Seguridad en la Internet	95
5. El pago de honorarios a través de Internet	96
6. Propuestas para llevar a cabo la Psicoterapia Vía Internet	96
7. Presupuesto	100

CAPITULO X: Conclusiones

1. Conclusiones	103
2. Limitaciones y sugerencias	105
Glosario	106
Referencias Bibliográficas	107
Referencias Electrónicas	115
Anexos	116

Resumen

En virtud de que el tabaquismo continúa siendo un serio problema de salud pública a nivel mundial, y que la tecnología de telecomunicaciones digitales ha mostrado una explosión cuantitativa y cualitativa, el presente estudio se propone realizar un análisis de tipo documental sobre ambos temas. El objetivo medular consistió en analizar, organizar y reseñar la información más relevante sobre intervenciones clínicas Vía Internet en general y sobre tabaquismo en particular. El trabajo abarca aspectos de investigación, práctica y regulación ética. La búsqueda y recolección de datos incluyó revistas científicas indicadas internacionalmente y libros especializados del tema. También se recolectaron datos de periódicos nacionales y de la Internet. El estudio abarca desde los inicios de la Internet, la Telesalud, la Psicoterapia Vía Internet, el problema del tabaquismo y sus tratamientos. Una vez revisadas las ventajas, desventajas, efectividad, condiciones éticas, derechos y obligaciones tanto del paciente como del psicoterapeuta en las relaciones profesionales Vía Internet, el trabajo hace una propuesta para diseñar e instrumentar una intervención psicológica de corte Cognitivo-conductual, vía Internet para tabaquistas. Se incluye una exploración sobre materiales, costos y la infraestructura necesaria para llevar a cabo esta propuesta en un futuro. Palabras clave: tabaquismo, Internet, tratamiento, salud, ética.

Abstract

Since tobacco smoking continues to represent a serious public health problem worldwide, and digital telecommunications have shown an explosive growth in the last two decades, the present study aimed at documenting and analyzing both areas from the standpoint of human behavior. The main purpose consisted in collecting, organizing and analyzing relevant information on clinical interventions via the internet in general and on tobacco smoking in particular. The analysis encompassed research, professional practice and ethical aspects regarding these areas. The study initially involved systematically searching and collecting data and documents from indexed specialized sources such as journals and books, as well as national (Mexico) newspapers and magazines and from the internet itself. A historical and conceptual description first reviews the beginnings of the internet, the development of the telehealth movement, psychotherapy via the internet, and the treatment of tobacco smoking. The successive chapters then progress toward more specific issues such as advantages, disadvantages, effectiveness, ethical conditions, and rights of both the client and the therapist in internet-mediated professional relationships. Finally the authors propose ways to design and implement cognitive-behavioral interventions via the internet for smokers. The proposal explores such aspects as materials, cost-benefit and basic infrastructure needed for the eventual implementation of the intervention.

Key words: tobacco smoking, internet, treatment, telehealth, ethics.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

El tabaquismo en México es un problema serio de salud pública. Las defunciones relacionadas con esta adicción ocupan los primeros lugares entre los que destacan tumores malignos de la traquea, bronquios y pulmón. Estos padecimientos relacionados con el fumar ocupan el primer lugar de mortalidad en las tasas de personas en edad productiva (SSA, 1999). Se estima, por ejemplo, que cada once segundos alguien muere en el mundo por problemas relacionados con el fumar (Bruntland, 2002). El tratamiento del tabaquista que busca la suspensión permanente del hábito es, desde el punto de vista psicológico, una prioridad señalada reiteradamente en la literatura de investigación en Psicología de la salud y en los más importantes foros internacionales del área.

En México el uso de servicios de psicoterapia, en general, no es aún una costumbre generalizada y suele delimitarse a personas con recursos económicos relativamente altos. Una sesión psicoterapéutica de 45 minutos, varía en costo desde un mínimo de \$50 pesos, en centros comunitarios públicos o no lucrativos, hasta los \$1,500 en clínicas y consultorios privados. En promedio, una sesión a la semana significa para un paciente una erogación de \$350 pesos, cantidad realmente elevada para la población media mexicana, que en su mayoría, tiene un nivel socio-económico medio-bajo.

Debido al alto costo de las sesiones psicoterapéuticas, vale la pena explorar otras opciones profesionales tales como la psicoterapia vía Internet. Estudios recientes muestran que una sesión mediada por computadora ("Telehealth o Telesalud") puede ser, en ciertos sentidos, más económica tanto para el psicoterapeuta como para el paciente, que una sesión presencial (Pergament, 1998, ¶ 1). El actual crecimiento, práctica, regulación e investigación de la telesalud son condiciones que valen la pena explorar, ya que las computadoras junto con el servicio de Internet tenderán a llegar casi a todas partes, aún en países en desarrollo.

En el caso del fumador, una posible ventaja de su tele-tratamiento incluiría la posibilidad de intervenir sobre el ambiente del paciente, en escenarios en los que rara vez se actúa tales como su ambiente laboral. Esto puede resultar importante si se considera que la experiencia clínica sugiere que una porción notoria de fumadores dicen fumar para "reducir el nerviosismo" generado por condiciones de trabajo.

A la psicoterapia vía Internet se le ha denominado de distintas maneras, tales como: psicoterapia virtual, terapia on-line, ciber-terapia, psicología en línea, tele-asistencia, interapia, consejo mediado por computadora, entre otros. Estos términos denotan principalmente la intervención psicológica mediada por una computadora conectada a la Internet, entre un cliente y un psicoterapeuta, intercambiando correos electrónicos, pláticas en tiempo real (I.R.C.) o hasta videoconferencias (Cohen y Kerr, 1998; Nickelson, 1998).

En la psicoterapia presencial existen componentes considerados esenciales, para el trabajo terapéutico tales como la cualidad de la voz, la espontaneidad, la expresión postural y corporal, la proxémica, experiencia y el status del psicoterapeuta. Estos conllevan a una relación psicoterapeuta-cliente positiva, cuando estas están bien manejadas, facilitando el cambio del cliente (Kanfer y Goldstein, 1993, pp. 31-35). Estos elementos son, por el momento, prácticamente imposibles de instrumentar en la

psicoterapia vía Internet, aún contando con una cámara de video (web-cam), bocinas y micrófono ya que posible que se pierda, en cierta manera, responsabilidad, compromiso y calidez humana.

Pero la telesalud, y en específico la psicoterapia vía Internet han empezado a mostrar sus propias ventajas que compensan la falta de los componentes presenciales, tales como una desinhibición más rápida del cliente hacia el psicoterapeuta, facilitando un cambio o (en su caso) un "insight" más rápido que en un encuentro presencial (Wallace, 2001), reduce los niveles de miedo, difumina distancias y barreras geográficas que impiden que la persona se presente físicamente con el psicólogo (Milholland, 1997; citado en Reed, McLaughlin y Miholland, 2000, p. 170).

Como psicoterapeutas, la posibilidad de guardar todo el material psicoterapéutico en la computadora o en un disquete es una ventaja que nos permite revisar más a fondo el caso o estudiarlo cuantas veces sea necesario, sin perder detalles, siempre y cuando el cliente lo autorice. El enviar correos electrónicos del paciente al psicoterapeuta y viceversa, permite monitorear el avance del paciente, además que el usuario puede expresarse en el momento que esta padeciendo algún conflicto o confusión sin tener que esperar hasta la siguiente sesión para revisar el estado de éste, sin quitar demasiado tiempo o interrumpir (como lo haría una llamada telefónica) revisándolo cuando sea posible. El principal medio de comunicación es el lenguaje escrito o tecladoado por computadora, en algunos casos la voz y en otros hasta la videoconferencia (Cohen y Kerr, 1998).

La capacitación a distancia o el intercambio de datos entre terapeutas, es otro componente importante dentro de la telesalud, ya sea vía correo electrónico o en conversación en tiempo real (I.R.C.), consultando sus dudas a través de Internet con colegas incluso en el extranjero.

Pero también existen riesgos difíciles de combatir, como por ejemplo, el usuario puede cortar la sesión con un solo clic, puede haber fallas del suministro eléctrico o de la computadora a la hora de la intervención, la intervención de terceras personas en el momento de la sesión, ser víctima de los "crackers" o de algún impostor e incluso el potencial desarrollo de una "adicción" al Internet (Childress, 1998).

Este tipo de intervención se ha ido generando como resultado de las limitaciones físicas o psicológicas que encuentran los pacientes o los psicólogos para un encuentro personal, tal es el caso de las personas que viven en sitios apartados, que sufren agorafobia, personas discapacitadas que no pudiesen trasladarse al consultorio, personas con riesgo de contagio, e incluso para sujetos altamente peligrosos o en reclusorios (Nickelson, 1998). Por lo tanto hasta la fecha, gradualmente se han ido trasladando a la Internet prácticamente todo tipo de intervenciones psicoterapéuticas.

Aunado a esto, la psicoterapia vía Internet se ha documentado como una alternativa efectiva para algunos pacientes a quienes no les ayudó la psicoterapia presencial (Sharpe, 2000) o para individuos que no lograron un encuentro presencial con el psicólogo, ya sea por falta de tiempo o por simple temor. Se han generado buenos resultados, quizá porque el anonimato suele ser un factor importante que motiva a la persona a un encuentro con el psicólogo (Wallace, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conforme avanza la tecnología y el estudio de la psicoterapia vía Internet, ésta parece ir brindando mayor seguridad y confianza. Según datos de la American Medical Association, (1997, citado en Reed, McLaughlin y Miholland 2000, p. 172) los servicios de salud mental son los más solicitados dentro de la telesalud.

Un primer objetivo del presente fue llevar a cabo una investigación evaluativa documental que permita reunir e integrar la información dispersa, buscando una visión crítica sobre la Psicoterapia vía Internet: su práctica, regulación e investigación, recurriendo a la información más reciente. Un segundo objetivo consiste en diseñar y explorar la viabilidad, en principio, de un sistema terapéutico vía Internet para el tratamiento de tabaquistas.

Búsqueda y análisis

Se analizaron principalmente datos arrojados por publicaciones científicas especializadas, de los últimos diez años al momento del inicio de la búsqueda y hasta el año 2002, cuya principal variable (independiente) fuera la psicoterapia vía Internet, examinándose su eficacia y su viabilidad en términos de las principales conclusiones de los autores.

Se recopilaron los principales antecedentes de la Internet, así como de la Telesalud en general, incluyendo a los medios masivos de comunicación, tales como la correspondencia, telefonía e incluso la videoconferencia.

El presente estudio no busca persuadir al lector de que la psicoterapia vía Internet deba remplazar a la psicoterapia presencial, sino que la considere como una opción más, dependiendo de la situación en la que se encuentre el psicoterapeuta, el cliente o ambos.

Una contribución de este trabajo incluiría dar a conocer este tipo de intervención de una manera un tanto más organizada e integrada, facilitando y proporcionando las bases para futuras investigaciones de tipo práctico, además de advertir tanto sobre las ventajas y desventajas, como de los dilemas éticos que trae consigo la psicoterapia vía Internet. También se hará una revisión de los materiales para la realización de la psicoterapia vía Internet. Se busca acercar al psicólogo a las nuevas tecnologías con las cuales tienen relativamente poco contacto e incluso a veces temor. Se busca contribuir así a que nuevas generaciones de psicólogos apoyen progresivamente sus intervenciones en México en las telecomunicaciones digitales. También se explora la posibilidad de aplicar esta nueva técnica en México desarrollando una propuesta para una intervención psicológica vía Internet para pacientes con problemas de tabaquismo. Por último, en caso de un cambio radical en los resultados o en la regulación de la psicoterapia vía Internet, se proponen criterios para tomar éstos en cuenta y adaptarlos a la investigación ya que, como menciona Regil (2001), "la Internet es impredecible" (p. 27).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En resumen, los objetivos principales consisten en:

- a) Revisión general de los principales aspectos del tabaquismo en el mundo y en México (prevención, tratamientos y epidemiología).
- b) Integrar la información que se halla dispersa acerca de la psicoterapia vía Internet, para facilitar su lectura y propiciar futuras investigaciones.
- c) Hacer una revisión conceptual de las ventajas y desventajas de la psicoterapia vía Internet.
- d) Indagar sobre algunos antecedentes medulares de la "telesalud" (telehealth).
- e) Revisar los principios éticos que rigen este tipo de intervención
- f) Hacer una breve revisión panorámica de la telesalud en México.
- g) Desarrollar una propuesta para una intervención vía Internet para pacientes con problemas de tabaquismo en México.
- h) Revisar materiales para la práctica de la psicoterapia vía Internet.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

EL TABAQUISMO

1. En el Mundo

El tabaquismo se define usualmente como: “el consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarros, en forma que supone un riesgo para la salud a medio o a largo plazo” (Roales-Nieto & Calero, 1994, p. 7). Desde el punto de vista epidemiológico es la principal causa evitable de muerte en los países desarrollados, y sigue siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial como lo demuestran los **cuatro millones de muertes** que ocasiona al año. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra el Cáncer, el tabaquismo se ha convertido en uno de los principales problemas de salud, pues es el responsable del 7% del total de las defunciones a nivel mundial, y de continuar las tendencias actuales la cifra aumentará a 10 millones de muertes en el año 2020 (<http://www.uicc.org/programmes/tobacco/>).

El DSM-IV (1999), reconoce al diagnóstico de trastornos por uso de nicotina como una de las alteraciones específicas relacionadas con sustancias, e incluye dentro de dicha categoría la dependencia nicotínica, la abstinencia nicotínica y el trastorno no especificado por uso de nicotina. Como característica de los trastornos por uso de nicotina se señalan: a) el uso diario durante al menos varias semanas y b) la aparición de disforia o abatimiento, insomnio, ansias o deseos de nicotina, irritabilidad, frustración, enfado, ansiedad, dificultad de concentración, descenso en la tasa cardiaca, aumento en el apetito o ganancia de peso y dificultades en el descanso, como consecuencia del cese abrupto en el uso de nicotina o de la reducción de la cantidad de nicotina ingerida.

Según datos aproximados existen **1,100 millones** de fumadores en el mundo. De estos, **800 millones** pertenecen a los países en desarrollo. Entre otros datos destacan:

- Globalmente en el mundo fuma el **47 %** de los hombres y el **12 %** de las mujeres.
- En los países desarrollados fuma el **42 %** de los hombres y el **24 %** de las mujeres.
- En países en desarrollo fuma el **48 %** de los hombres y el **7 %** de las mujeres.

No solo hay que preocuparse por las personas que ya tiene el hábito de fumar, sino también de los “fumadores pasivos”, que son aquellas personas que conviven con el fumador y que inhalan el humo del cigarro con todos sus contenidos tóxicos. Este humo contiene un total de 4,722 sustancias, 45 de ellas cancerígenas y 62 con otro tipo de toxicidad. Por ejemplo el 42 % de los niños con enfermedades respiratorias crónicas es fumador pasivo. Los fumadores pasivos tienen, además, un riesgo 35 veces mayor de contraer algunos problemas de salud tales como cáncer que aquellos que no conviven con fumadores (http://www.tabaquismo.freehosting.net/cifras_del_tabaquismo.htm). En efecto, se sabe que el humo que inhala el fumador pasivo es el de la corriente secundaria, que contienen hasta tres veces más nicotina y alquitrán que la corriente principal que aspira el fumador, unas cinco veces más monóxido de carbono y cincuenta veces la cantidad de amoníaco que el humo original.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra cifra que preocupa y que debería ser más difundida, es que en el mundo unos 100,000 niños y jóvenes por día se convierten en fumadores y son los que la industria tabacalera nombra como sus "fumadores de reemplazo", porque van sustituyendo a los que "desaparecen" prematuramente (http://www.tabaquismo.freehosting.net/cifras_del_tabaquismo.htm).

El tabaco se considera una droga legal, al igual que el alcohol, y en la mayoría de los países no está permitida la venta de tabaco a menores de 16-18 años, lo cual pocas veces se respeta en México (véase entrevista que realizó Addictus al Dr. Federico Puente S. en <http://www.addictus.com/puentesilva02.htm>). Además los menores están expuestos al humo de cigarro en muchos espacios, como en los salones de clase, reuniones sociales y hasta en su propia casa.

El gasto por el tabaco en el mundo se calcula en 200,000,000,000 (Doscientos mil millones) de dólares por año, pero actualmente se considera que es más alto todavía debido a que se subestima el costo de los servicios de salud, la muerte de los adultos que sustentan a la familia, las pérdidas por incendios y deforestaciones, y otros factores. Si esto no bastara, la industria tabaquera gana por año más de 268,000 millones de dólares, lo que representa más que el presupuesto de 180 de los 204 países del mundo (http://www.tabaquismo.freehosting.net/cifras_del_tabaquismo.htm).

2. Situación del tabaquismo en México

Según cifras de la Secretaría de Salud (SSA), en México existen 14 millones de fumadores, 66.6% son hombres y 33.4% mujeres. Pero lo más alarmante es que existen 34 millones de fumadores "pasivos", de los cuales cerca de 10 millones son niños, cifras que se acompañan diariamente de una muerte relacionada con el tabaquismo cada 12 minutos (enfisemas, cáncer o infartos al miocardio etc.), es decir, 120 muertes al día y más de 42 mil al año. La mayoría de los fumadores mexicanos (72%) comenzaron a fumar antes de los 18 años con un 5% iniciándose a los 10 años de edad. La SSA calcula que el 25 % de la población entre 12 y 65 años tienen el hábito de fumar. Además, México ocupa el quinto lugar mundial en la producción de cigarros, existiendo más de 90 marcas de cajetillas de cigarros manejadas por las tres principales empresas en México: "La Moderna" 53%, "Tabacalera" 46%, y "La Libertad" 1% (Chellet, 1999).

El elevado consumo de cigarrillos en México ha causado que la esperanza de vida de los fumadores disminuya 10 años, es decir, mientras el promedio de vida de los mexicanos es de 70 años, el de los fumadores es de sólo 60 (<http://www.correodehoy.com.mx/1999/310599/elpais8.html>).

Dadas estas cifras, es inevitable pensar que se necesita reducir la tasa de mortandad en México y que se necesitan más servicios para combatir y prevenir ésta, pues la proporción terapeuta-paciente es desigual (<http://www.cimac.org.mx/noticias/00ago/00080305.html>).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resumen de datos sobre el tabaquismo en México

- Existen 14 millones de fumadores.
- Aproximadamente 42% de los hombres fuma y 14% de las mujeres.
- Existen 34 millones de fumadores pasivos.
- El 25 % de la población entre 12 y 65, años tienen el hábito de fumar.
- El 72% comenzó a fumar antes de los 18 años y el 5% desde los 10 años de edad.
- Un fumador mexicano fuma en promedio 6 cigarros diarios.
- De las más de 42 mil personas que mueren al año a causa del cigarro, 55% son hombres y 45% mujeres.
- 120 muertes diarias por enfermedades relacionadas al tabaco.
- México ocupa el quinto lugar en producción de cigarros

Fuente de la SSA, Encuesta Nacional de Adicciones, 1998 y la Organización Mundial de Salud, 1999.

Lo anterior origina que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se registren poco más de 28 mil internamientos al año, debido a males derivados del consumo y exposición del tabaco (<http://www.correodehoy.com.mx/1999/310599/elpais8.html>).

A partir de estas cifras se han desarrollado diversos esfuerzos para detener la alta tasa de mortandad en México, por ejemplo, a partir de Septiembre de 1981, se inició un programa de investigación sobre el abandono del hábito de fumar mediante técnicas educativas y educativo-conductuales. Se trata de un programa conjunto del Instituto Mexicano de Psiquiatría (ahora Instituto Nacional de Psiquiatría) y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I.N.E.R.). Dos de sus objetivos fueron establecer perfiles de los diferentes tipos de fumadores del país y evaluar la eficacia y el costo/beneficio de dichas intervenciones, dirigido a la población en general.

En este programa los resultados mostraron que los fumadores, al momento de solicitar tratamiento, fumaba más de 20 cigarros al día, y que acudía un número casi igual de hombres y mujeres. En su mayoría, los pacientes habían empezado a fumar antes de los 20 años y fluctuaban entre los 40 y 50 años, padeciendo de algún trastorno relacionado con el tabaco. En relación a los programas terapéuticos proporcionados a los pacientes (programa educativo-conductuales, educativo-conductuales y de reestructuración cognoscitiva y programa de administración de nicotina en goma de mascar) los resultados mostraron una alta efectividad (Puente, 1986).

Por el lado de la legislación, en 1984, aparece en México la Ley General de Salud, que reconoce el riesgo del tabaco en la salud, así como su mortandad. Esta ley también otorga prioridad a la educación de los niños, jóvenes y mujeres acerca de los daños del tabaquismo y establecer programas preventivos para la población. La ley también reprueba el asociar el tabaco con éxito, deportes, sexualidad y buena salud en su publicidad, lo cual se hace con mayor frecuencia en la publicidad de las empresas tabacaleras. Y por último la Ley exige que las cajetillas de cigarros lleven impreso la leyenda de: *"este producto es nocivo para la salud"* y el contenido de estos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Posteriormente en 1990, aparece el "Reglamento para la Protección de los No Fumadores en el Distrito Federal", en el cual se configuran los derechos y obligaciones tanto de los fumadores como de los no fumadores, así como de los establecimientos y espacios donde se puede fumar. Con estas iniciativas se busca luchar contra el tabaquismo, pero quizá lo que hace falta es mayor educación y difusión del problema, como por ejemplo dar a conocer donde y qué hacen las clínicas contra el tabaquismo, proporcionar el reglamento para la protección de los no fumadores en el Distrito Federal y exigir estos derechos, además de divulgar los componentes del tabaco que lo hacen tan adictivo y nocivo, lo cual se abarca a continuación con mayor detalle.

3. Componentes del tabaco.

De acuerdo con el Programa contra el Tabaquismo del Consejo Nacional contra las Adicciones, en el humo del tabaco se han identificado 4,722 sustancias, 45 de ellas cancerígenas, 62 tóxicas, y se sabe que la nicotina tiene muy alta capacidad de crear adicción debido a sus efectos estimulantes (produce un incremento del pulso cardíaco y de la tensión arterial). En realidad estos efectos ocurren en contradicción a los "efectos" experimentados por los fumadores, quienes mencionan que les relaja y ayuda a combatir los estados de ansiedad o aburrimiento (<http://bine.iztacala.unam.mx/ptl/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=375>).

Pero los fumadores no necesariamente son adictos al tabaco a causa de los componentes farmacológicos de éste, sino también pueden serlo a causas psicológicas. Y a continuación se mencionan los diferentes tipos de fumadores.

El profesor Michael Russell y cols. (1978), consideran siete tipos de fumadores que pueden compartir características de varios tipos o bien pasar de un tipo a otro, a través del tiempo:

- 1) el **psicosocial**: aquí el sujeto disfruta de fumar por los valores psicológicos y sociales que se asocian al fumar cigarrillos (seguridad, éxito, glamour, etcétera);
- 2) el **sensoriomotor**: aquí el sujeto disfruta las sensaciones y movimientos asociados con el fumar, por ejemplo el color de la cajetilla, el romper el celofán, encender un cerillo, el humo, los movimientos, etcétera;
- 3) el llamado **plancetero**: en este tipo la persona asocia el fumar con situaciones específicas de placer, por ejemplo con el café, después de comer, escuchando música o después de hacer el amor, el fumar le sirve para fortalecer sus sentimientos positivos; lo hacen en forma irregular y puede pasarse mucho tiempo sin fumar. En lo absoluto, la dependencia farmacológica todavía no es acentuada;
- 4) el llamado **tranquilizante**, donde el sujeto se acostumbra o condiciona a que, al sentirse nervioso o angustiado, es a través del fumar que obtiene la relajación correspondiente;

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 5) otro tipo es el llamado **estimulante**, por medio del cual las personas depresivas y/o con fatiga aprenden a levantarse al ánimo a través de la administración de nicotina;
- 6) el **adictivo**, éste por lo menos necesita un cigarro cada 30 minutos; siente que pierde algo cuando no está fumando (incluso se levanta por la noche en busca de cigarrillos). Ya se le considera un adicto a la nicotina.
- 7) y por último el **automático**, su forma de fumar es completamente automática, llega a encender un cigarro incluso teniendo otro en el cenicero; fumar se vuelve algo casi inconsciente, ya no disfruta fumar, solamente lo hace para no experimentar el síndrome de abstinencia.

Los siete tipos de fumadores van a depender de las diferentes clases de recompensa, ya existe una progresión que empieza por recompensas no farmacológicas (psicológicas y sensoriomotoras), pasando por un efecto positivo de nicotina, para finalmente llegar a la adicción de la misma, en la que el fumar ya no está motivado por un efecto positivo, sino por la necesidad de evitar los síntomas displacenteros.

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (DSM IV, 1999).

Cuando hablamos de dependencia del tabaco, hemos de hacerlo en un sentido mucho más amplio y distinguir entre tres tipos de dependencia íntimamente relacionados entre sí:

- a) Dependencia física: se manifiesta fundamentalmente por el llamado síndrome de abstinencia nicotínica (SAN), que aparece tras un cese brusco del consumo de tabaco, o bien tras una disminución importante de la dosis de nicotina absorbida. Dicho síndrome presenta al menos cuatro de los siguientes síntomas: deseo de tabaco, frustración, malestar, ansiedad o ira, inquietud o agitación, impaciencia, dificultad para la concentración, insomnio, cansancio, incremento del apetito y/o peso corporal.
- b) Dependencia psicológica: es la que se fundamenta en procesos de condicionamiento, propios de cada fumador, por los que durante años el tabaco es el "amigo" que le ha acompañado inseparablemente en unas circunstancias y situaciones determinadas, de tal manera que no sabe vivirlas sino es con su compañía (después de las comidas, leyendo, reflexionando, escribiendo, trabajando etc..).
- c) Dependencia social: se basa en la aceptación social del tabaquismo y en las presiones ambientales que incitan al consumo de tabaco; publicidad, presión del grupo de adolescentes, imagen de seguridad y de dominio de la situación, acontecimientos sociales, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Jodral (1992, citado en Roales-Nieto & Calero, 1994), menciona que el alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono, son las sustancias más nocivas para la salud dentro del cigarro, causando una gran variedad de trastornos en el usuario, una vez ya obtenida la dependencia o hábito de fumar.

3.1. Trastornos provocados por el consumo del tabaco

El tabaquismo puede provocar una gran variedad de trastornos, que pueden ser a corto o a largo plazo. Dentro de las consecuencias a corto plazo resalta la mancha de dientes, retraimiento de las encías, irritación de los ojos y garganta, arrugas en la cara, mal aliento, así como olor desagradable en el cuerpo, efectos que desagradan a la gente que rodea al fumador (Roales-Nieto y Calero, 1994). Pero definitivamente, los efectos más dañinos, dolorosos, y que prácticamente conllevan a la defunción más pronta del fumador, son los de largo plazo, los cuales a continuación se mencionan.

Aparato respiratorio

Bronquitis crónica.
 Enfisema pulmonar.
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 Hiperactividad de las vías respiratorias.
 Tuberculosis.
 Complicaciones pulmonares post-operatorias.
 Alteración de los mecanismos de defensa pulmonar: aparato mucociliar, respuesta celular y humoral.

Sistema cardio-vascular

Cardiopatía isquémica.
 Infarto al miocardio.
 Hipertensión arterial.
 Tromboangitis ocliterante.
 Taquicardia.
 Arritmia.
 Vasoconstricción periférica.

Cánceres

Cáncer de cavidad oral.
 Cáncer de labios y boca.
 Cáncer de esófago.
 Cáncer de laringe y faringe.
 Cáncer de páncreas.
 Cáncer de pulmón.
 Cáncer del sistema urogenital y cervix uterino.
 Cáncer de vejiga y riñón.

Alteraciones en la cavidad bucal

Lengua pilosa.
 Estomatitis.
 Leucoplasia oral.

Fuente: Rico y Ruiz, 1990; Roales-Nieto y Calero, 1994; Rubio y cols, 1986.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

El tabaquismo también es causa de menor fertilidad y mayor número de abortos; los bebés de madres fumadoras nacen con menor peso, inclusive cuando solamente son fumadoras pasivas. La muerte súbita del lactante ocurre con mayor frecuencia en hogares donde los padres fuman (40% de los casos). Además, los hijos a menudo padecen trastornos por déficit de atención, y es de seis a 12 veces más probable que consuman alcohol así como otras drogas ilegales. El tabaco asimismo, es uno de los principales factores de disfunción eréctil e impotencia sexual. Para las mujeres es causa de anticipación de la menopausia y de envejecimiento temprano, así como de invalidez y muerte prematura (Rubio, Aguirre & Puente-Silva, 1986).

4. Tratamiento y prevención del tabaquismo

En la historia del tabaquismo diversas modas o corrientes han surgido para la prevención y tratamiento del tabaquismo, desde los procedimientos aversivos típicos de las décadas sesenta y los setenta, que resultaron alta o moderadamente efectivos pero que representaban un alto porcentaje de rechazos o abandonos (Roales-Nieto & Calero, 1994), hasta los tratamientos por Internet, que nos ocuparán en más detalle. Como ejemplo de los procedimientos aversivos, el uso del castigo de la conducta de fumar, se fundamentaba en el razonamiento de que si fumar se hacía coincidir con la presentación de una estimulación aversiva, como un choque eléctrico, el cigarrillo y toda la secuencia conductual asociada a su consumo, acabaría por convertirse en algo indeseable.

Revisar y documentar todos los tratamientos existentes para la prevención y tratamiento del tabaquismo representa un gran esfuerzo pues aproximadamente existen más de 1700 estudios que abordan el tema. Muchos de éstos incluyen combinaciones de otras técnicas de tratamiento. La primera herramienta útil para cualquier tratamiento que conduzca al abandono del tabaquismo es la auto-decisión de dejar de fumar. Sin esta decisión, prácticamente todo intento será nulo (Espino, 1995).

Los tratamientos para dejar de fumar pueden ser predominantemente de tipo psicológico o médico-farmacológico, los cuales mencionare más adelante. Pero a la fecha, los que han probado ser los más efectivos y duraderos son los procedimientos cognitivos-conductuales junto con la combinación de chicle de nicotina (Roales-Nieto & Calero, 1994; J. J. Sánchez, comunicación personal, Diciembre 2, 2002).

A continuación se mostraran algunos de los tratamientos que actualmente se usan en México y el mundo, que se obtuvieron de libros especializados en el tema, como el de Becoña y cols. (2000), Fiore (1992), Jiménez et al. (s/f), Rico y Ruiz (1990), Roales-Nieto y Calero (1994), Schwartz y de revistas tanto electrónicas como impresas, como la Addictus, la página web de aurasalud (www.aurasalud.com) o de la SSA (<http://web.ssa.gob.mx>).

4.1. Tratamientos médico-farmacológicos

Los tratamientos médicos-farmacológicos son aquellos que están destinados a lograr la abstinencia o la reducción del hábito de fumar, y que incluyen el empleo de alguna sustancia (medicamento, sustituto del tabaco o similar) como núcleo del tratamiento, que usualmente prescribe un médico o farmacéutico y en los que el fumador suele adoptar un rol de paciente más o menos declarado o aceptado (Roales-Nieto y Calero, 1994, p. 43).

Dentro de estos **tratamientos médicos-farmacológicos** existen:

- ❖ **Terapia de reemplazo de nicotina:** Estas terapias (TRN) sostienen que muchas de las dificultades de dejar de fumar surgen de los problemas causados por la abstinencia de la nicotina. Por ejemplo los síntomas que aparecen al dejar el cigarro son irritabilidad, inquietud, falta de concentración, incremento de apetito, "sentirse miserable", así como antojo por el cigarro, que surgen en cuestión de horas después de dejar el último cigarrillo. La TRN ha resultado útil para disminuir estos síntomas de abstinencia, haciendo más fácil el tratamiento para dejar el cigarro. Los medicamentos disponibles para tratar la adicción a la nicotina se pueden dividir en dos grupos: los que contienen nicotina y los que no la contienen, se pueden obtener en México sin prescripción médica. Los que no tiene nicotina están formados por otros componentes químicos que a veces requieren de prescripción. Los productos que contienen nicotina pueden ser chicles, parches transdermales, atomizadores nasales, pastillas e inhaladores los que se administran dependiendo de la situación del paciente (Espino, 1995).
- ❖ **Parches de nicotina:** Estos parches tienen la función de reemplazar la nicotina que produce el cigarro al fumarlo. Este método se utiliza en pacientes que ya tiene dependencia física al cigarro. Los parches liberan en promedio 0.9 mg. de nicotina por hora y alcanzan las dosis sistémicas máximas en dos a tres días. Un ejemplo de estos parches son los Nicotinell o los Niquitin, que se pueden adquirir sin receta médica (Roales-Nieto & Calero ,1994).
- ❖ **Chicle con nicotina:** Los chicles tienen la misma función que los parches pero de administración oral. Un ejemplo de éstos son los Nicorette (<http://www.aurasalud.com/Varios/AvisosMedicPrev/AVISOS14.htm>).
- ❖ **Atomizador o spray nasal flexible:** Como su nombre lo indica, se trata de inhalar la nicotina utilizando un atomizador nasal. La dosis es de 1 mg. y conlleva a un alivio rápido que dura de 7 a 9 minutos cuando surge la intensa necesidad de fumar, siendo un probable sustituto del chicle con nicotina para personas que tiene problemas dentales o con ulceraciones en tubo digestivo (Jiménez et al., s/f).
- ❖ **Inhalador oral:** Una bocanada libera 13 miligramos de nicotina, produciendo un efecto sensorial (nicotina en la garganta), se aplica en personas mayores de 18 años, no se administra en mujeres embarazadas y lactancia, pacientes cardiovasculares o con úlceras duodenales y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gástricas, ni en pacientes con enfermedades crónicas en la garganta, asma, diabetes mellitus e hipertiroidismo o feocromocitoma. Se debe usar de 6 a 12 cartuchos al día y el contenido de la nicotina puede durar más si el inhalador se usa con menos intensidad. El periodo recomendado del tratamiento es de 3 meses, después de este periodo inicial se debe empezar a dejar el tratamiento disminuyendo la dosis diaria y no se recomienda su uso por más de 6 meses (Roales-Nieto & Calero ,1994).

- ❖ **Tratamiento farmacológico no nicotínico:** Este tratamiento pretende sustituir la nicotina por otras drogas, tal es el caso del Bupropión o Wellbutrin, que es un antidepresivo atípico con actividad noradérgica y dopaminoérgica que se usa efectivamente en Estados Unidos, Canadá y México. El tratamiento se inicia con una tableta de 150 mg. al día los tres primeros días, a partir de cuarto día se aumenta a dos tabletas al día cada 8 horas. Durante los primeros 9 días de tratamiento el paciente puede fumar y el tratamiento se continúa de 7 a 12 semanas.
- ❖ **Consejo de parte del médico (counseling):** Consiste en aconsejar al paciente a dejar el hábito de fumar (advirtiéndole las consecuencias), junto con la ayuda de algunos folletos, pero sin caer en un tratamiento psicológico, es decir, sin consejo cada semana, ni registros, ni motivación. Este tratamiento aunque simple, es efectivo en algunos casos (Jiménez et al., s/f).
- ❖ **Tratamiento por aversión al sabor:** La situación de aversión gustativa consiste en el uso de una pastilla (Pronicotyl), diseñada para disolverse en la boca y esparcir un compuesto que produce un sabor desagradable si su toma es seguida por el consumo de un cigarrillo. Pero se reporta que éste provoca molestias bucales y efectos secundarios (Roales-Nieto & Calero, 1994).

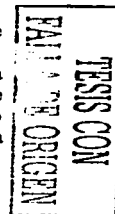
4.2. Tratamientos no médicos:

- ❖ **Acupuntura:** El tratamiento según Iglesias, Ballvé, Martí, Alvarado, Esteban y Borrell, (1986, citados en Roales-Nieto & Calero, 1994), consiste en sesiones semanales de 20 a 30 minutos durante 4 o 5 semanas, en las que se aplican agujas sobre diversos puntos corporales, acompañándose de relajación y apoyo familiar y social. La nasopuntura y auriculopuntura son dos métodos de acupuntura para dejar de fumar. La nasopuntura selecciona un punto en la nariz, que sirve para descongestionar el tracto respiratorio, basándose en la hipótesis de que así se generan en el paciente sensaciones displacenteras al fumar. En la auriculopuntura se selecciona un punto en la oreja que se cree que ayuda a regular el sistema neurovegetativo, produciendo efectos relajantes.
- ❖ **Tratamiento homeopático y naturista:** Estos tratamientos consisten en la puesta en marcha de una serie de planes dietéticos e higiénicos combinados con la ingestión de determinados productos naturales o sintéticos. El tratamiento con dieta y ejercicios tienen la finalidad de: 1) evitar los factores que puedan incitar a fumar, 2) buscar efectos relajantes que ayuden a la abstinencia y 3) "depurativos" que sirvan para inducir la desintoxicación (Roales-Nieto & Calero ,1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3. Tratamientos psicológicos:

- ❖ **La técnica de autoasistencia:** Consiste en folletos motivacionales que incluyen instrucciones para dejar de fumar, detalles sobre la manera de mantenerse sin fumar, guías sobre ejercicios de relajación, autoevaluación y consejos. Un ejemplo de esta técnica es el manual de *Freedom from smoking in 20 days* (dejar de fumar en 20 días), publicado por la American Lung Association (Schwartz, 1992).
- ❖ **Autoobservación:** Puede consistir desde contar los cigarrillos formados durante un día, hasta un registro más elaborado de hora, sitio, actividad, humor y nivel deseado cuando se fuma un cigarrillo durante una o dos semanas (Espino, 1995).
- ❖ **Procedimiento de saciación:** Ideado por Ayllon y Michael en 1959 (citados en Roales-Nieto & Calero, 1994), el procedimiento, de corte aversivo, consiste en que el fumador incremente considerablemente su consumo de cigarrillos durante un cierto periodo de tiempo hasta que ya no pueda fumar más, llegando al punto de saciedad y por lo tanto debilitando el poder reforzante del fumar. Eso se repite durante varias sesiones hasta que el fumar pierda su atractivo.
- ❖ **Fumar señalizado:** Shapiro, Tursky y Shnidman en 1971, desarrollaron el procedimiento de fumar bajo el control de una señal. Originalmente se creó como un método para conseguir reducir el consumo de tabaco, si bien el objetivo de la abstinencia total no era viable. Los autores consideran la conducta de fumar como el resultado de un complejo proceso de aprendizaje que produce una fuerte asociación entre la respuesta de fumar y ciertos estímulos específicos que tienen lugar en la vida cotidiana del individuo. Dichos estímulos llegan a convertirse en poderosas señales que controlan la aparición de las urgencias o necesidades de fumar y, consecuentemente la emisión de la respuesta de fumar en sí misma (Roales-Nieto & Calero, 1994).
- ❖ **Fumar centrando la atención:** Diseñado por Hackett y Horan en 1978 en un intento de demostrar que cuando se separa el fumar de las situaciones y actividades sociales que usualmente le acompañan, llega a convertirse en una experiencia neutral para el fumador. En este tipo de procedimiento se pide a los fumadores que fumen durante 5 minutos en forma normal, pero centrando su atención exclusivamente en el cigarro y las sensaciones experimentadas al fumar. La sesión pretende que los fumadores experimentan la sensación del fumar tal y como es, separándolas de sus componentes sociales y personales (Roales-Nieto & Calero, 1994).
- ❖ **Procedimientos de costo de respuesta:** Éste consiste en sufrir la pérdida de algo valioso para el fumador (usualmente dinero) como consecuencia de fumar. El programa dura entre 3 o 4 meses y se le pide al participante que entregue una fuerte cantidad de dinero. Se requiere que los participantes se abstengan de consumir tabaco en cualquier forma, y para aumentar las probabilidades de éxito en el primer periodo de abstinencia se recompensa con la devolución de una parte del dinero entregado (Roales-Nieto & Calero, 1994).



- ❖ **Sensibilización encubierta:** En ésta, a través de imaginación guiada el paciente visualiza un efecto aversivo por fumar, por ejemplo el terapeuta lo induce a imaginar el aspecto de sus pulmones enfermos cada vez que el paciente desee fumar, y por otro lado también se le induce a que cuando se encuentre sin fumar visualice imágenes positivas de su salud, familia etc. (Latorre & Beneit, 1992).
- ❖ **Disipación de la nicotina:** Esta puede inducirse por medio de la disipación por marcas (pequeñas sub-metas acordadas), es decir, por medio de la reducción lenta de la ingestión de nicotina mediante cambio de cigarros con bajo contenido de ésta, o por medio de una disminución progresiva, disminuyendo el número de cigarros fumados. Éstas son maneras de interrumpir gradualmente la recepción de nicotina por el cuerpo pero con poca efectividad (Schwartz, 1987, citado en, Roales-Nieto & Calero, 1994).
- ❖ **Musicoterapia:** Consiste de un cassette o CD con música "relajante" (música clásica o sonidos de la naturaleza como son el agua corriendo, pájaros, olas, etc.), en el que la persona debe estar recostada o en algún lugar cómodo, evitando todo aquello que cause estrés, si el paciente lo prefiere puede ser ayudado por su terapeuta.
- ❖ **Plan de cinco días:** Desarrollado en Estados Unidos por la iglesia Adventista del Séptimo Día en 1960, el formato consistía en cinco sesiones de 90 a 120 minutos consecutivas cada noche en grupos de entre 15 y varios cientos de personas. En las sesiones se hablaba de los efectos fisiológicos del tabaquismo y se presentaban ejemplares reales de pulmones dañados por el cigarro. Psicólogos, médicos y sacerdotes presentaban conferencias y efectuaban consejo. A la fecha este programa se ha actualizado (Breath-free Plan), pero ahora con ocho sesiones y se introdujeron técnicas de modificación de conducta, materiales impresos, discusiones de grupo, conferencias y videocintas (Roales-Nieto & Calero, 1994).
- ❖ **Tratamiento del tabaquismo por medio de la Terapia Racional Emotiva (TRE):** Desarrollada por Albert Ellis en la década de los sesenta (Schwartz, 1992), la premisa fundamental de este método es que se puede ayudar a los pacientes a que lleven una vida más satisfactoria, enseñándoles a pensar racionalmente. Ellis menciona que la psicoterapia racional se basa en la premisa de que el pensamiento y emoción no son procesos totalmente diferentes, sino que se superponen muy notablemente en muchos aspectos, y que por lo tanto, las emociones desordenadas pueden mejorarse, transformando el propio modo de pensar. La meta central de la terapia es ayudar al paciente a comprometer que sus conflictos son básicamente el resultado de evaluaciones irracionales y luego lograr que el paciente piense racionalmente. La conducta inadecuada del individuo es el reflejo de las ideas irracionales. El énfasis de la TRE se centra en lograr que el paciente se enfrente a sus percepciones y concepciones erróneas, las cuales son la causa de sus malestares emocionales que comprende patrones de comportamiento disfuncionales, con el objetivo de lograr el cambio. De tal manera que el psicoterapeuta le hace ver constantemente al paciente la manera de cómo emplea sus connotaciones en base a su adicción y le explica cómo éstas crean trastornos emocionales, y le enseña a que emprenda actividades que destruyan las ideas irracionales. Así, en un programa para dejar de fumar se

utilizan las asignaciones de tareas prácticas como auxiliares para superar efectivamente las creencias y temores ilógicos del paciente en función del concepto salud-enfermedad.

- ❖ **Apoyo social e implicación de la pareja como estrategia adjunta al tratamiento:** El apoyo y la implicación de otro miembro de la familia o de la pareja resulta importante cuando se trata de eliminar el tabaquismo. Este apoyo cuenta con el previo entrenamiento de las personas que proporcionarán apoyo para motivar o aconsejar a los pacientes para que dejen el hábito (Roales-Nieto & Calero, 1994).
- ❖ **Programas cognitivos-conductuales:** Desde 1984, en México se han realizado programas cognitivos-conductuales que estudian las razones que impulsan a iniciar el consumo de tabaco, las causas que hacen persistir en el hábito y los factores que explican el porqué el sujeto no puede dejar de fumar a pesar de desearlo. También se revisan las diversas teorías del aprendizaje y el establecimiento de la dependencia psicológica, explicando los diferentes tipos de tabaquismo, y como el estrés al igual que la publicidad propician y promueven el consumo del tabaco. Los sujetos aprenden el uso de técnicas de relajación, así como las maneras de modificar los condicionantes o factores que precipitan el uso de los cigarrillos. Además se incorporan técnicas de reestructuración cognitiva con el propósito de desalojar la integración del hábito del fumar del esquema mental y de la rutina diaria del sujeto. Cuando se ha llegado a ese punto, es muy difícil abandonar el hábito, porque el consumo de cigarrillos ya es parte de la personalidad del sujeto. Para estos el dejar de fumar implica una sensación de pérdida y ello da lugar a la disonancia o el malestar que explica la alta frecuencia de recaída entre los fumadores crónicos. Las técnicas cognitivas incluyen una serie de ejercicios en los que el sujeto describe sus problemas (enfermedad/tabaquismo), la historia del mismo, el grado de complejidad que requiere su modificación, así como la evocación de consideraciones para su solución. Otras técnicas que se utilizan son el diálogo mayéutico, la memorización guiada y el ensayo, y desarrollo de roles. Todos estos ejercicios se llevan a cabo mediante la dinámica de grupo correspondiente o individualmente. Estos programas cognitivos-conductuales se han dirigido principalmente a pacientes con enfermedades crónicas respiratorias o cardiovasculares, y que a pesar de ello muestran un importante consumo de cigarrillos (Puente, 1986). A la fecha, son estos programas los que mayor éxito tienen (Roales-Nieto & Calero, 1994; J. J. Sánchez-Sosa, comunicación personal, Diciembre 2, 2002).

Según datos arrojados por el estudio de Hall, Tunstall, Rugg, Jones y Benowitz, 1985 (citados en Roales-Nieto & Calero, 1994), "la combinación de chicle de nicotina con procedimientos conductuales, son los que ofrecen mayor garantía de éxito" (p. 49).

El éxito de los programas de cesación de fumar, según la Sociedad Estadounidense de Cáncer en su Código para la práctica de programas de abandono del tabaquismo, se define comúnmente como una abstinencia completa de cualquier forma de tabaco por un año después del tratamiento. Este objetivo es difícil de alcanzar, pues no todos los programas de tratamiento contra el tabaquismo son 100% eficaces para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

todos, resultando diferentes técnicas para diferentes tipos de personas, según sus necesidades y circunstancias. Los programas para dejar de fumar coinciden en varios aspectos que incluyen apoyo social, entrenamiento de actitudes y solución de problemas, educación de estilos de vida saludables y reemplazos de nicotina u otras terapias farmacológicas o de temperamento (Brundtland, 1999).

4.4. Prevención del tabaquismo

Las elevadas cifras de fumadores y muertes causadas por el tabaquismo, nos hacen reflexionar que necesitamos una mayor difusión y alcance de los programas preventivos para el tabaco y uno de los medios por el cual se puede difundir ampliamente es la Internet.

La prevención, afirma Merlo (1999), puede definirse de forma muy simple como el cumplimiento con acciones y estrategias (sistemas de acciones) que tienen como finalidad evitar o impedir que ocurra algún suceso, o por lo menos que pueda llegarse a contener y reducir los daños que pudieran producirse a futuro. Esto se puede transferir al problema del tabaquismo, llevando información a la población en todos los medios de comunicación.

Dentro del ámbito de la prevención se pueden considerar los siguientes niveles (Lorenzo et. al. 1998):

1. *Prevención primaria.* Esta dirigida a evitar el surgimiento del trastorno (el abuso de la dependencia) por medio de las siguientes estrategias: a) Intervención sobre el agente productor del mismo (reducción de la oferta de las drogas); b) proporcionar protección especial a los grupos de alto riesgo (control de la demanda); y c) promover la salud en general. Este tipo de prevención se dirige a los no consumidores y a los consumidores experimentales.
2. *Prevención secundaria.* Tienen la finalidad de reducir el número de individuos que consumen drogas de manera ocasional o sistemática con la finalidad de impedir que se siga deteriorando la salud, en las primeras fases del desarrollo de la enfermedad. Por esta razón, se centra en la detección temprana de los consumidores abusivos con el propósito de ofrecerles oportunos programas terapéuticos. Para ello es necesario crear centros donde se asesore y se pueda solicitar información.
3. *Prevención terciaria.* En este tipo de prevención se intenta aminorar las consecuencias o efectos residuales del trastorno. En el caso de la drogadicción se pone especial énfasis en la prevención de las recaídas mediante intervenciones y estrategias que conduzcan a darle un papel activo a la persona dentro de la sociedad (reinserción social).

La SSA-CONADIC (1999) afirma que la prevención es la meta fundamental y más deseable para todas las enfermedades, pero en el caso de las adicciones representa un reto complejo, por el número y variedad de sustancias, sus efectos en los individuos y el contexto social y legal en que se encuentran.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Becoña, Palomares y García (2000) mencionan que habitualmente se usan cuatro modelos teóricos para la prevención del tabaquismo. El primero es el llamado *Modelo Racional*, que intenta cambiar las actitudes y modificar la conducta en relación al tabaco impartiendo información a los individuos, generalmente de forma didáctica. Esto supone, que al conocer los datos sobre las consecuencias negativas del fumar se alterará el sistema de creencias de los sujetos y modificará las actitudes que son los determinantes de la conducta.

El segundo modelo teórico denominado: *Teoría del Refuerzo Social*, propone que los programas preventivos deben enseñar a los adolescentes que las conductas contrarias al uso del tabaco van seguidas de contingencias positivas para ellos, y las conductas al favor del tabaco a contingencias negativas. Este aprendizaje se puede llevar a cabo por las propias experiencias del sujeto o por medio de la observación de modelos.

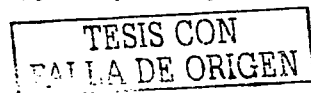
El tercer *Modelo de las normas sociales*, mantiene que los adolescentes adoptan la conducta de fumar en un intento de conformarse a las normas predominantes en el subgrupo cultural en el que se mueven. Este modelo ha promovido intervenciones basadas en la creación de grupos con normas sociales adaptativas que estén inmersos en el mundo en que se desenvuelven los adolescentes, en un intento de implantar normas grupales que contrarresten las que facilitan el inicio del hábito.

Y la *Teoría del Desarrollo* plantea que la adolescencia es una etapa en la que se busca la independencia y la autonomía de los padres, por lo que la conducta de fumar es una muestra de esto, además que el sujeto se identifica con su grupo de amigos y adopta las conductas de éste, ya sea fumar o no fumar, siendo el grupo de no fumar una forma de prevención.

De acuerdo con Becoña et al. (2000); McAlister, Perry y Macoby (1980), para que los programas preventivos funcionen adecuadamente deben de tener los siguientes componentes:

1. Un componente informativo que facilite a los alumnos la comprensión de las consecuencias negativas de fumar para la salud (especialmente las inmediatas en contraposición a las de largo plazo), que les ayude a identificar la procedencia de las influencias hacia el fumar y establezcan un contrapunto de que la idea de que fumar es necesario para ser aceptado.
2. Un componente de entrenamiento en habilidades sociales para resistir las presiones para fumar, que utilice el modelado y el ensayo conductual.
3. Un componente en que los alumnos se comprometan públicamente exponiendo sus razones para no fumar.
4. El uso de estrategias de aprendizaje que incluyan métodos de aprendizaje activo.
5. Utilización de compañeros de los alumnos como líderes.
6. Y que el programa contemple sesiones de seguimiento para mantener los efectos del programa.

Durante la investigación de la presente tesis se encontró que, dentro de los tratamientos psicológicos por Internet, de los cuales se hablarán más adelante, y en específico para



dejar de fumar, varias páginas web coincidían con los componentes mencionados por McAlister et al. (1980), sin embargo el punto sobre la utilización de compañeros de los alumnos como líderes, es difícil de reemplazar.

También hay que tomar en cuenta los factores que mencionan Best, Santi, Thomson, Smith y Brown (1998, citados en Becoña et al. 2000) que influyen en el impacto de un programa para la prevención del tabaquismo, los cuales son:

- a) Contenido el programa; se refiere a las actividades y enseñanzas que se supone tienen un efecto en la futura conducta fumadora o no fumadora de los sujetos que reciben el programa.
- b) Participantes; dependiendo de los participantes, el programa puede alcanzar cierta efectividad, tomando en cuenta el status social y económico en el que se encuentran estos.
- c) Aplicadores; dependiendo del personal asignado a dicha tarea la efectividad se vera reflejada, es decir, el especialista en tabaco tendrá ciertos resultados en determinadas circunstancias y el profesor en otras. Esto a partir de la investigación de los participantes.
- d) Medio en el que se aplica el programa; un programa variará su efectividad dependiendo del contexto en que se aplique, como por ejemplo en medios comunitarios, rurales o urbanos, escuelas, etc. Es necesario tener presente la situación en que va a ser desarrollado el programa para promover las variaciones que sean necesarias a fin de mantener alta su efectividad.
- e) Calidad de la aplicación; se ha comprobado que el personal no bien capacitado refleja baja efectividad en los programas de prevención.
- f) Contexto; hay que tomar en cuenta la cultura y normas en que se aplican los programas para no entrar en contradicción con éstas.

Muchos de estos componentes pueden estar presentes en un programa de prevención por Internet, además, según Winzelberg, Eppstein, Eldredge, Wilfley, Dasmahapatra, Dev y Taylor (2000), los programas por Internet resultan mucho más efectivos a nivel de prevención que de tratamiento.

5. Limitaciones del sistema presencial

Las limitaciones del procedimiento presencial se han derivado por el corto alcance que puede tener el terapeuta en distintos espacios con sus pacientes. Por ejemplo, un terapeuta no puede estar monitoreando la conducta del paciente, ni estar todo el día en una casa registrando u observando que es lo que funciona bien o mal en ésta, y si se lleva a cabo, el costo sería bastante elevado (Phares, 1999). Otra de las limitaciones, es que generalmente el psicólogo no esta presente en un momento crítico del paciente, por lo que se han creado líneas de ayuda telefónicas de emergencia (como por ejemplo el Servicio de Ayuda Psicológica por Teléfono [SAPTEL] iniciado en la facultad de psicología de la UNAM).

En el caso del tabaquismo el terapeuta no puede estar en el momento clave donde se puede producir la adicción, como por ejemplo en el trabajo o la casa del paciente. Esta limitación ha dado lugar a otras técnicas para dejar de fumar, como la



autoayuda, asistencia por teléfono o la intervención por Internet, remplazando la falta de apoyo en el momento más crítico de la adicción. En muchos casos estos recursos han sido muy eficaces y en otros no, ya sea por la falta de interés o porque el paciente no encontró cómodo este tipo de tratamiento (Bermejo, 2001).

Otra de las limitaciones que se encuentra en los sistemas presenciales, es la falta de memoria que el paciente puede padecer al querer recordar los pasos a seguir para dejar el hábito, como por ejemplo, los pasos a seguir para tener una relajación efectiva o como registrar las conductas no deseadas, esto debido a la crisis o desesperación por la que pasan algunos pacientes.

Los sistemas a distancia, como el apoyo por teléfono o Internet, permiten al paciente tener contacto con el terapeuta en el mismo momento que el paciente lo requiera, permitiendo así aclarar dudas, solicitar apoyo o consejo y reportar su estado de ánimo en el momento justo de la conducta no deseada, dando como resultado una intervención oportuna, que busca evitar recaídas.

6. Servicios por teléfono

Los servicios por teléfono pueden ser variados, desde llegar a ser solo grabadoras que, dependiendo del problema, el mismo cliente puede escoger el tipo de grabación que quiera escuchar o necesitar, por ejemplo: "presione 1 para información sobre el tabaquismo, presione 2 para información sobre las técnicas de relajación, etc." hasta llegar a tener una entrevista o intervención en tiempo real con un especialista (Schwartz, 1987, citado en Roales-Nieto & Calero, 1994).

En los servicios proporcionados por un especialista en tiempo real, el terapeuta puede estar en el teléfono para atender las necesidades del paciente en el momento que éste desee dejar de fumar o evitar el cigarro. Por ejemplo, algunos laboratorios, como los productores de parches con nicotina, ofrecen una línea de ayuda telefónica las 24 hrs. para aclarar dudas acerca del parche de nicotina, su uso o asesoría personalizada. Y por otro lado, algunos terapeutas ofrecen su ayuda por teléfono para sus pacientes en caso de crisis o que no sepan manejar alguna situación de riesgo con el cigarro.

7. Programas educativos por televisión

Los programas educativos por televisión se enfocan, más que al tratamiento, a la prevención del hábito de fumar (Becoña et al. 2000). Los programas educativos por televisión consisten en una o varias videocintas que contienen los pasos para dejar de fumar, es decir, contienen estadísticas sobre el tabaquismo, ejercicios de relajación, información sobre el tabaco y sus componentes, técnicas de autoayuda o autoobservación, recomendaciones, hasta comerciales, los cuales ayudan a dejar de fumar por su alto impacto visual, provocando aversión. Estos videos también pueden traer apoyo auditivo o audiocintas. A la fecha estos programas ya no son tan difundidos, pues la Internet y programas de computadora los están reemplazando. Además su eficacia a sido poco documentada y es difícil que estos programas tengan un seguimiento a largo plazo (Becoña et al. 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. La Internet como nueva opción de tratamiento

Las nuevas tecnologías ofrecen servicios principalmente por computadora, ya sea en software o asesoría a través de Internet para dejar el hábito de fumar. Estos programas, a diferencia de las videocintas, le permiten al paciente medir más eficazmente el progreso del tratamiento, pues ellos mismos pueden medir su avance por medio de cuestionarios y seguir al otro paso o etapa que le dicte el programa de software una vez concluido el anterior.

Desafortunadamente la información con respecto a la eficacia de los programas de Internet para dejar de fumar son muy escasos. Esto debido en parte a la falta de interés por llevar a cabo estos programas y porque no hay una institución que proporcione validez a estos estudios. Siendo la mayoría de estos solamente reportes de los pacientes (Reed, McLaughlin & Miholland, 2000).

Los tratamientos para dejar de fumar por Internet pueden utilizar herramientas extras para evaluar el grado de adicción del paciente, tal es el caso de la página web: <http://www.tubotica.net/consejos/Tabaquismo/Tratamiento.htm>, la cual utiliza el Test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia a la Nicotina (ver anexo 1), y a partir de estos resultados se llega a la conclusión de que método se debe utilizar para el tratamiento del paciente.

La Internet ofrece la alternativa de tratar el tabaquismo de diferentes formas, esta puede ser por medio de correos electrónicos, folletos de ayuda a través de Internet (auto-ayuda) o por medio de una comunicación real (chat) con el terapeuta, y todo esto, al igual que la terapia presencial, apoyado con materiales visuales (fotos, videos), auditivos (testimonios, música) e impresos (artículos, estadísticas). (<http://www.separ.es/areas/tabaquismo.htm#inicio>), pero antes de abordar estos temas se explicará más a fondo a la Internet y sus servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

LA INTERNET

“Desafortunadamente muchos de los avances tecnológicos y científicos que hoy conocemos, han sido creados a partir de la guerra, y la Internet... no fue la excepción”.

La Internet esta ocupando un lugar importante dentro de la vida académica, laboral, social y de la salud, por lo que es importante saber algunas de sus bases para poder manejar y comprenderla mejor.

A continuación se explorarán algunos temas relacionados con la Internet, como su definición, antecedentes y servicios, ya que el psicólogo no conoce mucho del tema y para posteriormente abordar el tema de la telesalud que se relaciona con la Internet.

1. Definición de la Internet

La palabra Internet no es mas que la contracción de Internetwork System, que significa: un sistema de intercomunicación de redes (Garibay & Hoffer, 2001).

La Internet se caracteriza por muchas propiedades, de las cuales resaltan:

1. el alcance mundial (accesibilidad).
2. trabaja las 24 hrs., 365 días del año (no descansa).
3. descentralización (nadie la controla).
4. no es pasiva.
5. posee una enorme cantidad de información.
6. y ofrece muchos servicios.

Es cierto que en la red de redes (Internet), existe un universo de información, y por lo tanto también existe un gran caos dentro de ésta. En la red puedes encontrar cualquier tema en específico en cuestión de segundos, pero también te tomaría mucho tiempo el revisar todas y cada una de las páginas web que se despliegan ante tu pantalla en la búsqueda de un tema determinado, pues la Internet ha crecido bastante desde sus inicios, que no se sabe exactamente cuantas páginas web existen dentro de ésta. Esto se debe, en parte, a que ha tenido un crecimiento mucho más acelerado en sus primeros 5 años que el teléfono en sus 30 primeros años (Select-IDC, 2001), pero conforme nos vamos adentrando a éste universo, lo vamos comprendiendo y manejando mejor.

De acuerdo con Zelener (1998), la Internet es otro recurso para la comunicación entre las personas; es una comunicación mediada por computadora (C.M.C.), es decir, toda la información contenida en la web esta cambiando de una persona a otra a velocidad y magnitudes extraordinarias por medio de cables u ondas teledirigidas, como por ejemplo, este trabajo pudiera estar en cualquier otro lado del mundo una vez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que se encuentre incorporado a la red y al mismo tiempo se podrían estar bajando otros trabajos y comunicarse con otra persona en tiempo real en cuestión de segundos.

2. Orígenes de la Internet

Los orígenes de la Internet tiene dos vertientes, en la primera se menciona que se creó para el progreso científico y la otra menciona que fue origen de la guerra fría.

En Julio de 1961, Leonard Kleinrock publicó, desde el Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.), el primer escrito sobre la teoría de conmutación de paquetes, que es la base de la comunicación a través de la Internet (Leiner et al. 2002). En Agosto de 1962, J.C.R. Licklider fue el primero quien documentó una descripción acerca de las interacciones sociales a través de la red. Estos documentos están contenidos en una serie de memorándums, en los cuales Licklider discute sobre su concepto de *Galactic Network* (Red Galáctica). Él pensó en una red interconectada globalmente, a través de la cual cualquiera pudiera tener acceso a datos y programas desde cualquier lugar, algo muy parecido a lo que conocemos hoy como la Internet. También fue el principal responsable del programa de investigación en ordenadores de la Advanced Research Projects Agency, "A.R.P.A." (Agencia de Proyectos para la Investigación Avanzada) desde Octubre de 1962. Según Leiner et al. (2002), mientras Licklider trabajó en A.R.P.A., convenció a sus sucesores Ivan Sutherland, Bob Taylor y al investigador del M.I.T. Lawrence G. Roberts de la importancia del concepto de esta red.

Para el año de 1963, en plena guerra fría (Estados Unidos de América vs Unión Soviética), Lawrence G. Roberts (Larry Roberts), también conocido como el padre de la Internet, fue llamado por el Departamento de Defensa de Estados Unidos (el Pentágono) para crear un programa que tuviera como objetivo principal, el descentralizar la información armamentista y de los sistemas de comunicación del Pentágono (Regil, 2001). Con lo anterior se pretendían crear varias bases de datos desde las cuales se tuviera control sobre la información, para que en caso de un ataque nuclear, ésta no sufriera daño y pudiera controlarse desde cualquier otra base (García, 2000). Este proyecto se creó a través de la A.R.P.A. y financiado por el Pentágono.

Algunos autores mencionan que el proyecto no fue realizado para enfrentar la guerra, sino principalmente para la vida académica, pero varios investigadores coinciden que la red se creó a partir del conflicto armado (<http://www.ziplink.net/~lroberts/InternetChronology.html>).

En el año de 1965 un psicólogo llamado Tom Marill, influenciado por Licklider a interesarse en las computadoras, se acercó a ARPANET y planteó un proyecto para conectar un ordenador TX2 en Massachusetts con un SDC Q-32 en Santa Mónica, California. Los oficiales de A.R.P.A. pensaron que era una buena idea, sugiriéndole que llevara a cabo el proyecto bajo el patrocinio del Laboratorio Lincoln (Lincoln Lab's) del M.I.T., pero los oficiales del Laboratorio Lincoln pusieron a Larry Roberts a cargo del proyecto, creándose así la primera red de ordenadores de área amplia jamás construida, conectada a través de una línea telefónica conmutada de baja velocidad, haciendo dialogar a las computadoras u ordenadores entre sí (<http://www.ibiblio.org/pioneers/roberts.html>). Y posteriormente en 1966, Roberts publica su plan de la red para ARPANET.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La propuesta de Marill constituyó un paso fundamental para la red, confirmando así, los escritos de Kleinrock acerca de la necesidad de la conmutación de paquetes (<http://www.ibiblio.org/pioneers/roberts.html>).

En un principio la velocidad de la red fue de 2.4 Kbps y para 1967 fue aumentada a 50 Kbps.

En 1969 esta red conectó las principales computadoras de cuatro Universidades: La Universidad de California en Los Angeles (UCLA), la Universidad de Stanford, la Universidad de Utah y la Universidad de California en Santa Bárbara, dando por resultado formalmente, a la ARPANET (Regil, 2001).

Inicialmente, la idea original estaba centrada en la seguridad militar, sin embargo, en 1972 ya se habían integrado 50 universidades y centros de investigación en E.U.A., siendo éstas las que dieron evolución y forma a la red. Y para 1975, ARPANET empezó a unir centros de investigación militar y universidades.

En 1981, la Fundación Nacional para la Ciencia (National Science Foundation, [N.S.F.]) formó su propia red, la N.S.F.net, cuyo objetivo era proveer accesos a bases de datos y otras fuentes de información académica y científica; permitiendo el uso del correo electrónico, la transferencia de archivos entre computadoras y el acceso a los bancos de información dentro de los E.U.A. Y de esta forma, la N.S.F. se hizo cargo de la red, lo que llamarían en general *la Internet*. (Martínez, 1995, citado en García, 2000)

Otro objetivo de la Internet, fue que todas las computadoras conectadas a la red tuvieran un mismo código o lenguaje para poderse comunicar entre ellas, independientemente del tipo de computadora que usaran, generándose de esta manera lo que actualmente conocemos como Protocolo de Control de Transferencia/Protocolo de Internet (Transfer Control Protocol/Internet Protocol, T.C.P./I.P.), desarrollado por Vinton Cerf y Bob Kahn (Adell & Bellver, 1994). Pero no fue hasta 1983 que se adoptó como el estándar principal para todas las comunicaciones vía Internet (Chávez & López, 2001).

La Internet siguió creciendo y en 1983 se nombró MILNET, debido a sus funciones militares, y ARPANET siguió funcionando enfocándose a la investigación (Regil, 2001).

El declinamiento de la ARPANET viene en 1990, y a partir de esto organizaciones privadas comenzaron a operar en la red (Ibáñez, 1996, citado en García, 2000). También en los noventa, la N.S.F. levantó la prohibición del uso comercial de la Internet, generándose así un inminente crecimiento en la red. Y con el tiempo se permitió la conexión de redes de otros países, siendo inevitable su globalización.

El crecimiento explosivo que se produjo a mediados de los noventa, se debe principalmente a la conexión constante de instituciones educativas, gubernamentales, civiles y al descubrimiento de la Internet como una poderosa herramienta comercial (Martínez, 1995, citado en García, 2000), siendo a la fecha una de las principales herramientas para el trabajo, estudio y entretenimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1. Origen del Correo Electrónico (e-mail)

En este apartado reviso el origen de lo que ahora conocemos como correo electrónico o e-mail, por su importancia en la psicoterapia vía Internet y hasta en la psicoterapia personal. Éste tuvo su origen en 1972, a manos de Ray Tomlinson, ingeniero de Bolt Beranek and Newman (B.B.N.), quien trabajaba en el diseño de ARPANET, permitiendo enviar mensajes a usuarios en otros sitios geográficos. Según Chávez y López (2001), su elaboración fue en cuestión de horas. Y ya en 1974 el 75% del tráfico en ARPANET era correo electrónico.

Chávez y López (2001), relatan que posteriormente en 1977, Eric Lllaman, estudiante de la Universidad de Berkeley, creó el programa "delivermail", que manejaba el tráfico de correo electrónico. Este programa se convirtió en "sendmail", mismo que todavía maneja la inmensa mayoría del tráfico de correo electrónico.

En la actualidad, según varias encuestas realizadas tanto internacional como nacionalmente, el correo electrónico es la función más utilizada dentro del tráfico de la Internet (Reforma/Especial, 2002, p.1a).

2.2. Origen del Internet Relay Chat (I.R.C.)

Es importante explorar el origen del Internet Relay Chat (I.R.C.), debido a su uso en la telesalud, pues la gran mayoría de la intervención médica y/o psicológica a nivel Internet, se lleva a cabo por medio del I.R.C., ya que la videoconferencia aún no tiene el alcance, ni la infraestructura necesaria para ofrecer este tipo de servicios, pues el retraso y calidad de imágenes es considerable (Cohen & Kerr, 1998).

Según Stenberg (2002), el Internet Relay Chat surgió en Agosto de 1988, a manos de Jarkko "WiZ" Oikarinen, que trabajaba en el departamento de procesamiento de información de la Universidad de Oulu en Finlandia.

El objetivo inicial era permitir discusiones tipo Usenet pero en tiempo real. Poco tiempo atrás, Jyrki Kuoppala había creado el programa R.M.S.G. para enviar mensajes a usuarios de máquinas remotas, de manera que era utilizado únicamente para comunicación de usuario a usuario.

Oikarinen empezó a escribir un programa de comunicaciones que le permitiera hacer un poco más fácil la comunicación entre usuarios, tomando características del programa R.M.S.G. y del software B.B.S. (OuluBoX, tolsun oulu.fi). Y así surgió el primer servidor de I.R.C., que fue llamado tolsun oulu.fi.

Cuando el I.R.C. empezó a tener ocasionalmente más de 10 usuarios, su autor pidió a algunos colegas que instalaran servidores de I.R.C. en Finlandia, y de este modo se establecieron vínculos con servidores de la Tempere University of Technology y la Helsinki University of Technology.

En el Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.), había por aquel entonces un sistema de chat conocido como ITS. Según Stenberg (2002), Jarkko conoció a Vijay Subramaniam, a quien le entusiasmó el I.R.C. y poco tiempo después Jeff Trim y Todd

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ferguson de la Universidad de Denver y de Oregon respectivamente, contactaron con Jarkko, instalaron el programa y así los dos primeros contactos internacionales fueron con orion.cair.du.edu y jacobcs.cs.orst.edu., es decir, Estados Unidos-Finlandia.

Gracias a estos contactos el I.R.C. se popularizó y el número de servidores empezó a crecer rápidamente. A mediados de 1989 nace el I.R.C.II, creado por Michael Sandrof. Hacia Julio de 1990, había un promedio de 12 usuarios en 38 servidores. Posteriormente, por diferencias personales entre programadores el I.R.C. se dividió en Efnct (Eris Free Net) y Anet (Anarchy Net) llegando a un máximo histórico de 117 servidores y 41 usuarios en 1990.

En Enero de 1991, la Guerra del Golfo tuvo un papel importante en el crecimiento del I.R.C., ya que se permitieron reportes en vivo durante ésta, alcanzando un máximo histórico de 300 usuarios al mismo tiempo. A partir de este año el uso del I.R.C. fue en aumento con 135 servidores (69 de Estados Unidos y 66 de otros lugares del mundo) y una media de 240 usuarios.

En Enero de 1993, nació Undernet tras la unión entre USnet (creada por Wildthang) con servidores en Francia y Canadá. En el año de 1994, irc.colorado.edu (que sigue siendo un servidor de Efnct muy popular) llega a los mil usuarios, y en ese mismo año se llega al máximo histórico de 5.000 usuarios en el I.R.C.. Un año después, el número de usuarios se triplica y en 1996 se bate el record de usuarios en un canal.

En Febrero de 1999, Efnct llegó a las 50,000 conexiones simultáneas, y en Agosto irc.concentric.net llegó a tener 13,000 clientes conectados.

En la actualidad existen cientos de servidores I.R.C., tales como el I.C.Q., siendo éste, el primer programa que ganó popularidad con más de 100 millones de usuarios en todo el mundo; con la opción de correo electrónico, llamadas telefónicas por Internet, entre otras, luego le sigue A.I.M. (A.O.L. Instant Messenger) con 84 millones de usuarios, Microsoft Messenger con 29.5 millones de usuarios, entre otros. Se estiman 225 millones de usuarios alrededor del mundo y aumentando cada año, ya que la cultura del I.R.C. se esta llevando a la educación, salud, trabajo, y para algunos es la principal herramienta de comunicación (López, 2001).

Como se puede observar, en la cifras mencionadas anteriormente, el crecimiento de usuarios al I.R.C. aumenta cada año, dando oportunidad a que las disciplinas de la salud se integran y desarrollaran en este medio.

3. Actualidad y administración de la red

En este año la Internet es una herramienta importante tanto en el estudio, investigación, comercio, entretenimiento, trabajo y hasta para la salud.

De acuerdo con el periódico la Jornada (13 de marzo del 2000) se calculan aproximadamente:

- 4 millones de páginas web.
- Más de 350 millones de usuarios en el mundo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 3.7 millones de usuarios en México, lo que lo convierte en el segundo mercado de Internet en América Latina.

Regil (2001), menciona que: “un problema con la Internet, es que las cifras estadísticas pueden cambiar radicalmente en cuestión de días” (p. 26), debido a su crecimiento vertiginoso, dificultando su medición.

Y a partir de estas cifras cabe preguntar:

- ¿Quién controla la información en la web?
- ¿Quién la administra?
- ¿Quién coordina las conexiones y sus comunicaciones?
- ¿Quién es dueño de la Internet?

La respuesta a estas preguntas es NADIE. Porque a partir de que la Fundación Nacional para la Ciencia (N.S.F.) permitió su comercialización, no hay un control estricto de la Internet, ni dueño, ya que su estructura se hizo a partir de redes independientes. Pero tampoco hay que menospreciar el esfuerzo de varios organismos para poder controlar ésta, como es la ICANN (Corporación de Internet para la asignación de nombres y números) que es la encargada de asignar los dominios (nombre del site) y controla el sistema de direcciones de Internet en todo el mundo. (Hernández, 2003).

Las computadoras, junto con las telecomunicaciones, han avanzado a pasos agigantados. Actualmente existen servidores de Internet que proporcionan una velocidad mayor a la tradicional, es decir, de 56 kbps hasta 6.1 mbps y sin la necesidad de la línea telefónica, sino por medio de micro-ondas, esto en la minoría de los casos y en zonas muy limitadas (Hernández, 2001). Pero conforme avanza la tecnología y la demanda, este tipo de conexiones estará a disposición de mucha gente, tal como pasó con el Internet normal. Esto permitirá mayor eficacia a los servicios de educación, investigación, entretenimiento y salud brindando mayor seguridad y confianza a los usuarios.

Desde 1996, se trabaja con un nuevo proyecto denominado “La Internet2”, que fue un esfuerzo de 130 universidades para crear una red no comercial dedicada a la investigación, incluyendo la telemedicina, y que tiene la velocidad de 622 megabits por segundo, más de 1000 veces la velocidad actual disponible (<http://www.internet2.edu>). Pero antes de entrar de lleno con la relación de la salud-Internet, es importante conocer los servicios de ésta y sus funciones.

4. Servicios de la Internet

La Internet consta de varios servicios y uno de los servicios más importantes es la World Wide Web (W.W.W.), o también conocida como la Gran Telaraña Mundial. Junto de esta gran telaraña mundial, existen otros servicios que también juegan un papel muy importante dentro de la red; estos son el Correo Electrónico o e-mail, La Conversación en Tiempo Real o I.R.C., la videoconferencia, el Protocolo de Transferencia de Archivos (FTP), los buscadores o browsers, etc. Existen otros servicios dentro de la Internet, pero los siguientes son los más importantes y con los que

se puede trabajar dentro de la telesalud, los cuales se explicaran a continuación con más detalle.

4.1. La World Wide Web o Gran Telaraña Mundial (W.W.W.)

La World Wide Web es el conjunto de información que se encuentra accesible por medio de los navegadores. Según el científico suizo Tim Bernes-Lee, no es la estructura física, sino es el modo en que los datos pueden ser fácilmente localizables y usados en la red (Chávez & López, 2001).

Tim Bernes-Lee fue quien creó los fundamentos de la W.W.W. en el Laboratorio para la Física de Partículas, en Ginebra Suiza en el año de 1989. El propósito de este proyecto era permitir vías de acceso sencillas y homogéneas a las computadoras para poder comunicarse entre sí sin tanto problema. La información existente en los años 80s era enorme, pero pocos podían tener acceso a ésta, debido a que los datos tenían diferentes formatos y las computadoras no los podían leer o no se podía tener acceso tan fácilmente. En ese mismo año, el Wide Area Information Systems (W.A.I.S.) o Protocolo de Sistemas de Información para grandes Áreas funcionaba para solucionar este problema, pero fue solo una solución parcial, ya que los datos debían transformarse con el nuevo software y distribuirse por medio de un nuevo protocolo, es decir, había que realizar un trabajo de adaptación de lo ya existente al nuevo sistema. Posteriormente surge el Gopher de la universidad de Minnesota, éste funcionaban con el mismo propósito que la web; el Gopher era una interfase unificada que podía bajar los documentos desde donde fuera y como estuvieran, es decir, podía leer los datos en formato W.A.I.S., F.T.P. y el Gopher (Adell & Bellver, 1994). A la fecha existen formatos Gopher, pero en menor número, siendo la triple "W" la evolución de éste.

En 1991, se realizaron las primeras instalaciones de la W.W.W. en el Conseil Européen pour la Recherche Nucléaire (Laboratorio Europeo de Partículas Físicas del Consejo Europeo para la Investigación Nuclear), C.E.R.N. Y en ese mismo año la W.W.W. se abrió a la Internet (Adell y Bellver, 1994). Y hasta a la fecha casi todo se maneja con esta base, por ello la importancia de la triple "W".

4.1.1. Distinción entre la Internet y la World Wide Web (W.W.W.)

Es necesario aclarar un punto que puede traer mucha confusión entre los usuarios de la Internet; la distinción entre la Internet y la W.W.W. Esta diferencia consiste en que la Internet es el conjunto de computadoras conectadas físicamente por cables (cpu, teclado, drivers, MODEM, etc.) y la W.W.W. es el conjunto de información que se encuentra accesible por medio de navegadores, según el científico suizo Tim Bernes (del que le es desconocido como inventor), no es algo físico; es el modo en que los datos pueden ser fácilmente localizables y usados. Es una diferencia sencilla pero que puede confundir a cualquiera (Chávez & López, 2001, p. 1a).

Aclarado este punto, se pasará a explicar el servicio del correo electrónico, que sin la W.W.W., éste no podría funcionar como lo hace actualmente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2. Correo electrónico o e-mail

El e-mail no es más que la abreviación de Electronic Mail (correo electrónico), que es muy usado en nuestros días. Su uso es muy similar al correo que todos conocemos, pero en éste se escriben cartas por medio del teclado de la computadora y se mandan a través de la línea telefónica o microondas (Internet), en vez de usar un medio terrestre o aéreo (<http://hermes.mascarones.unam.mx/video/>).

La ventaja de este medio, es que los mensajes que se envían son casi instantáneos y a un precio mucho más bajo que el correo común, llegando mucho más lejos y en menos tiempo que el tradicional.

Para obtener tu propia cuenta de correo electrónico, se tiene que estar conectado a Internet y acudir a un servidor que proporcione este servicio, como por ejemplo Hot-mail, Yahoo, Terra, etc. proporcionar tus datos y escoger un nickname o apodo con el que te identifiques (nombre@compañía), escoger una contraseña o password, para que solo tú tengas acceso a tus correos electrónicos cuando desees desde cualquier computadora conectada a Internet y posteriormente dar tu cuenta de correo electrónico a las personas que quieran comunicarse contigo o pedir la cuenta de otra persona con la que te quieras comunicar, y así poder mandar y recibir e-mails (<http://hermes.mascarones.unam.mx/video/>).

Realmente ya es muy fácil obtener una cuenta de correo electrónico personal, prácticamente solo hay que acudir a un café-Internet o alguna otra conexión y obtenerla, y una vez adquirida, puedes también comunicarte en tiempo real, ya que muchos servicios de e-mail cuentan con el servicio de I.R.C., el cual abordaremos a continuación.

4.3. Conversaciones en tiempo real o I.R.C.

I.R.C. es el acrónimo de Internet Relay Chat, y es un protocolo que permite intercambiar mensajes escritos o hablados en tiempo real a un gran número de usuarios conectados simultáneamente a la red por medio de servidores de I.R.C., como por ejemplo el I.C.Q. El I.R.C. se utiliza tanto para charlas simples como para conversaciones serias; por ejemplo, durante la Guerra del Golfo y en otras situaciones catastróficas, sirvió para obtener noticias en directo (Zelener, 1998).

Para poder tener comunicación en tiempo real, se necesita acceder a un servidor I.R.C. y bajar el programa que nos permita la conexión con los demás usuarios. Una vez establecido el contacto con el servidor a través del programa, es necesario elegir un apodo (nickname), que será el nombre con el que nos identificaremos. Finalmente, los participantes de un mismo canal se presentan a lo largo de una lista. A partir de ese momento, lo que uno escribe en el teclado es visto por los demás participantes del canal, pero también es posible mantener conversaciones privadas con alguno de ellos. Con este programa uno puede también mandar e-mails, fotos y hasta mp3's. En cada servidor I.R.C. hay decenas de canales de discusión, los canales pueden ser de 4 tipos: canales públicos y abiertos a todos los participantes, los canales secretos, los canales ocultos y los canales comprimidos (Zelener, 1998).

Algo que ha evolucionado dentro de los I.R.C., son los EMOTÍCONOS, creados por Fahlman en 1982 (Sullivan, 2002), que son "caritas" que sirven para facilitar la comunicación, optimizarla y hasta para hacerla menos aburrida.

Dentro de los emotíconos más usados están:

- ✓ 😊 una sonrisa amable, contento
- ✓ ☹ un semblante triste
- ✓ 😏 un guiño de complicidad o coqueteo
- ✓ 😬 un gesto de desaprobación o burla
- ✓ 😘 un beso
- ✓ ❤ amor, cariño
- ✓ 😲 una expresión de sorpresa

Otra forma de hacer los emotíconos, es juntando dos o más caracteres que simbolizan un sentimiento o estado de ánimo. Se sugiere observarlos girando la cabeza hacia la izquierda y con un poco de imaginación; a modo de ejemplo: :-) representa una sonrisa, :(al usuario no le ha gustado una frase o está deprimido, ;-) un guiño de ojo o coqueteo, :-x un beso, :-o sorpresa, asombro. (Zelener, 1998).

Otro aspecto que ha evolucionado dentro de una conversación en tiempo real, es lo conocido con el nombre de **Netiquete**; estas son reglas de comportamiento dentro de la ventana del I.R.C., y son para mejorar la interacción entre los sujetos. Entre las variadas reglas podemos citar las siguientes: hacer un saludo general al entrar, no escribir en mayúsculas (ya que es considerado como un insulto), no inundar el canal con texto y no utilizar lenguaje grosero. Pero resulta frecuente que en los canales de chat, estas reglas no se cumplan, ya que son poco conocidas (Garibay & Hoffer, 2001).

Rheingold (1996) menciona que dicho proceso comunicativo ha permitido construir una subcultura global a partir de tres elementos fundamentales: identidades artificiales pero estables, rápido ingenio y el uso de palabras para construir un contexto compartido imaginario de conversación. El primer elemento hace referencia a que nunca podemos estar seguros acerca de la persona que se esconde detrás de su sobrenombre o nickname, en cuanto al ingenio veloz, la rapidez de la respuesta es importante en este medio escrito al igual que en una relación cara a cara. La ausencia visual y la reconstrucción del contexto social, sin las expresiones faciales, tonos de voz, ambiente físico compartido constituye el tercer elemento. Con lo anterior podemos darnos cuenta que la Internet esta generando una cultura.

Pero para las personas que quieren tener un contacto audio-visual, tienen la opción de la videoconferencia.

4.4. La Videoconferencia

La videoconferencia es una herramienta igualmente útil dentro de la tele salud, pero poco recurrida debido su escasa fidelidad, velocidad y difusión, aparte de que es mucho más cara que el I.R.C. (Cohen & Kerr, 1998).

La videoconferencia es un sistema de comunicación diseñado para llevar a cabo encuentros a distancia, el cual, nos permite la interacción visual, auditiva y verbal con personas de cualquier parte del mundo, siempre y cuando los sitios a distancia tengan equipos compatibles y un enlace de transmisión entre ellos. Con la videoconferencia podemos compartir información, intercambiar puntos de vista, mostrar y ver todo tipo de documentos, dibujos, gráficas, acetatos, fotografías, imágenes de computadora y videos, en tiempo real, sin perder de vista al emisor.

En la actualidad la videoconferencia se utiliza para llevar a cabo reuniones de trabajo, educación a distancia y hasta para intervención en crisis, pero la calidad de ésta no ha alcanzado las necesidades requeridas para los usuarios, es decir, al manejar audio y video en un mismo canal, generalmente el video tiene un tiempo de retraso considerable, manejándose prácticamente por fotografías que cambian en un determinado tiempo y sin tener la calidad de imagen para detectar detalles en el ambiente.

La videoconferencia es una modalidad de la teleconferencia. A menudo muchas personas confunden ambos términos, creyendo que se trata de dos conceptos diferentes, siendo que la videoconferencia es un tipo de teleconferencia (<http://hermes.mascarones.unam.mx/video/qvc.html>).

4.4.1. Diferencia entre la Videoconferencia y la Teleconferencia

Es importante mencionar las diferencias entre estos dos conceptos, ya que se pueden manejar erróneamente.

La palabra teleconferencia está formada por el prefijo "tele" que significa distancia y "conferencia" se refiere a un encuentro, dando un significado etimológico de: "un encuentro a distancia".

4.4.2. Tipos de Teleconferencias:

La teleconferencia se divide en audioconferencia, audiográficos, broadcast, conferencia mediada por computadora y videoconferencia, los cuales a continuación menciono porque han jugado un papel importante dentro de la teleconferencia, es decir han servido para transmitir conocimientos sobre la salud desde lugares muy remotos y en tiempo real (<http://hermes.mascarones.unam.mx/video/qvc.html>).

En la **audioconferencia**, la comunicación es únicamente vía audio, y es la forma más sencilla y barata que existe para tener una reunión a distancia, ya que sólo utiliza líneas telefónicas para transmitir la voz entre los diferentes lugares que están conectados.

Los **audiográficos** usan el mismo sistema de la audioconferencia para establecer la comunicación, pero además incorpora la transmisión de imágenes fijas a través de la computadora.

Las conferencias mediadas por computadoras consisten en ordenadores que se enlazan para compartir la misma información entre ellas (lo que conocemos por red), y de esa manera los participantes intercambian información. Utilizando herramientas como correo electrónico, pláticas (talks), entre otros.

En el **broadcast** la reunión se efectúa empleando audio y video por medio de un canal de televisión y antenas receptoras. Los asistentes se apoyan en fax y teléfono para enviar información al expositor.

Y en la **videoconferencia** la comunicación se realiza a través de equipos especiales que transmiten audio, video y datos de computadora, permitiendo a los usuarios la interacción simultánea entre varios sitios (<http://hermes.mascarones.unam.mx/video/qvc.html>).

Una vez aclarados los tipos de teleconferencias que existen, pasaré a explicar lo que es el Protocolo de Transferencia de Archivos, que sin éste, sería imposible mandar y recibir archivos.

4.5. Protocolo de Transferencia de Archivos (File Transfer Protocol, F.T.P.)

El Protocolo de Transferencia de Archivos o F.T.P (File Transfer Protocol) tiene la finalidad de transferir archivos, es decir, programas o documentos entre las computadoras que están conectadas a la Internet independientemente de la computadora que se utilice (López, 2001). Y para saber y encontrar lo que necesitamos dentro de la red existen los buscadores.

4.6. Buscadores (browsers)

Este servicio permite realizar indagaciones de información muy precisas sobre una inmensa base de datos a través de las páginas web y de las ligas que existen entre una y otra página. La búsqueda de información es acerca de un tema en particular que el usuario haya elegido. Por ejemplo, existe una gran variedad de buscadores o browsers, como Yahoo, Megacrawler, Google, Altavista, Excite, etc. donde podemos buscar algún tema en específico (Regil, 2001). Una vez encontrado el tema de interés, aparece la dirección web donde se encuentra la información deseada, la cual consta de varios códigos para saber donde y como está formada.

4.7. http (Hyper Text Transfer Protocol)

¿Y te haz dado cuenta que cuando encuentras la página web deseada, aparece al principio de la dirección las letras http? El "http" son las letras que acostumbran aparecer al inicio de una dirección Web cuando estás navegando en Internet, estas son las siglas para el Protocolo de Transferencia de Hipertexto (Hyper Text Transfer Protocol) y se refiere a las "reglas" para el intercambio de archivos a través de la W.W.W. sin importar si se trata de textos, imágenes, sonidos, videos o archivos multimedia. Y gracias al http existe la W.W.W., porque es el servicio del protocolo que sustenta la funcionalidad de la triple "W" (Adell & Bellver, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como un objetivo de la tesis es incorporar más al psicólogo a las computadoras y su lenguaje, me permito explicar más a fondo algunas partes de una dirección de Internet, como el html, dominio, U.R.L., carpeta, subcarpeta, dominio, subdominio.

Otra abreviación que no aparece tan a menudo, pero al final de las direcciones web es la "html" o "htm", como se puede ver en la figura 1, esto significa **Hypertext Markup Language** o el lenguaje en el que se escriben los hipertextos de la W.W.W., esta nos permite añadir las especificaciones de las estructuras del texto, es decir, poner el estilo de las letras, objetos multimedia, conectes hipertextuales y saltos de un lado a otro dentro de la red (Miravalls, 1997).

El U.R.L. es el localizador uniforme de recursos (**Uniform Resource Locator**) y es la sintaxis genérica para ubicar un documento o aplicación en toda la red, es decir, son las direcciones dentro de Internet. Y la sintaxis de una dirección de Internet se compone de:

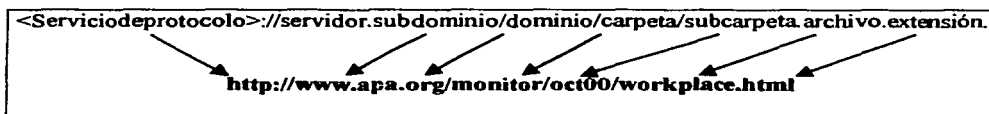


Figura 1. Partes que conforman una dirección web.

Por ejemplo el `<Servicio de protocolo>` se refiere al servicio `http://` que es el que se encarga de interpretar el código HTML de las páginas web.

El nombre del servidor en este caso no aparece, por que solo vemos el nombre del dominio, es decir `www.apa.org`. Esto es por que en un mismo servidor puede haber varios dominios hospedados, en el caso particular del dominio `www.apa.org`, el nombre del servidor se llama `in-addr`, y la dirección física real sería entonces `"in-addr.apa.org."` Para localizar el dominio o el servidor a través del URL, cualquiera de los dos nombres nos llevaría a la dirección fuente que busco (American Psychological Association, 2002).

El Subdominio se refiere a `www.apa`, en realidad aquí hay dos subdominios, el primero es `"www"` que es un subdominio dentro del subdominio `"apa"` para distinguir una parte de `"apa"` que se interconecta con toda la red de subdominios WWW de otras redes, por ejemplo redes de uso privado (`www.msn.com`), académico (`www.unam.mx`), militares, etc. (López, 2001).

El Dominio en este caso es `"org"`, pero existen otros dominios mas, como `.net`, `.com`, `.edu`, además de subdominios regionales como, `.mx` (México), `.es` (España), `.fr` (Francia), etc.

La carpeta y subcarpeta se refieren a lugares específicos de donde se encuentra el documento deseado, que en este caso la carpeta sería `/monitor` y la subcarpeta `/oct00`, y por último el archivo que es `workplace` y la extensión es `html`.

Con estos elementos se puede encontrar la dirección deseada de manera directa.

5. Internet en México

La Internet en México todavía no ocupa un lugar preponderante en los negocios o en las comunicaciones sociales, como en los países desarrollados, pero sí es una herramienta importante para la educación y el trabajo.

El origen de la Internet en México estuvo en manos de la U.N.A.M., la cual siempre ha estado a la vanguardia en casi cualquier tema, incluyendo éste. En 1987, la U.N.A.M. establece la primera conexión mediante enlaces telefónicos desde Ciudad Universitaria hasta el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (I.T.E.S.M.) y de ahí hasta San Antonio Texas en los E.U.A. (Daltabuit, 2000).

Pero no fue sino hasta 1989, cuando la U.N.A.M. a través del Instituto de Astronomía establece un convenio de enlace a la red de la N.S.F. en E.U.A., el cual se realizó utilizando el satélite mexicano Morelos II, y así se llevó a cabo el primer enlace para conectar las redes de área local entre el Instituto de Astronomía y la Dirección General de Servicios de Cómputo Académico, utilizando enlaces de fibra óptica (<http://www.dtd.unam.mx/internet.html>).

En 1992, se crea MEXNET A.C., una organización de instituciones académicas que buscaba; promover el desarrollo de la Internet Mexicana, establecer un Backbone Nacional tanto para crear como para difundir una cultura de redes y aplicaciones en relación al Internet, contando con conexiones a nivel mundial (<http://www.isocmex.org.mx/frmderinternetmex.html>).

A partir de la década de los noventas, la Internet en México se fue popularizando, y los usuarios fueron creciendo desmesuradamente gracias a la devaluación y la demanda de la tecnología.

5.1. Usuarios de la Internet en México

Según los últimos estudios realizados el número de cibernautas en México ascendió a 5 millones en el año 2002 (Vizcaino, 2002), aunque realmente es difícil estimar este número debido a las conexiones piratas que existen y los cientos de usuarios no registrados.

De acuerdo con Select-IDC, de los 3.7 millones de usuarios en la Internet en el 2001, 40% son mujeres y 60% son hombres.

En la siguiente tabla se muestran los usuarios que aproximadamente existen desde 1994 al 2001:

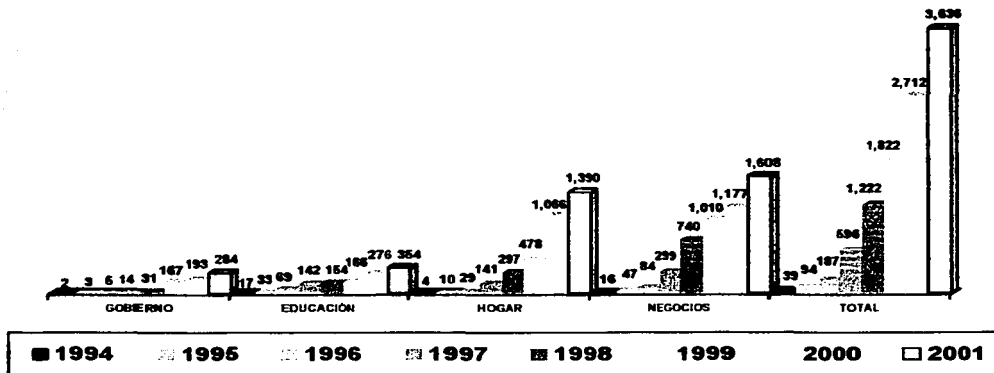
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

USUARIOS ESTIMADOS DE INTERNET EN MÉXICO

Miles de usuarios

1994 - 2001

(Última actualización: 07/18/2002 21:33:02)



FUENTE: Dirección General de Tarifas e Integración Estadística, **COFETEL**, con base en información de **SELECT-IDC**.
(http://www.cft.gob.mx/html/5_est/Graf_internet/estiminternet_01.html)

Como se puede apreciar en la tabla, año con año la población en la Internet sigue creciendo casi al doble. Ocupando en primer lugar, el en 2001, los asuntos de negocios, siguiéndole el hogar, educación y por último el gobierno. Pero para el año 2002 los estudiantes ocupan el primer lugar en utilizar este servicio, con un 35 % del total de los cibernautas.

Según un estudio especial del periódico Reforma (2002), la mayoría de los mexicanos se conectan por medio del servicio de Prodigy, de la compañía Telmex. Y según Gabriel Moreno, analista senior de telecomunicaciones de Select-IDC, en el 2005 habrá 10 millones de usuarios de la Internet en México.

6. ¿Cómo funciona la Internet?

Para poder tener acceso a la Web, se necesita una computadora con **MODEM** o conexión a la Internet, una vez obtenido esto se tiene que hacer contacto con un servidor de Internet o compañía que ofrezca este servicio (Avantel, Telmex, Terra etc.), ya sea por teléfono, tarjetas prepagadas para este servicio o por medio de CD's. Éste le proporcionara su cuenta o nombre de usuario, contraseña y le pedirán sus datos para poder conectarse a la red y así poder navegar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Internet las computadoras pueden ser de dos tipos: Servidor o cliente; la computadora "servidor", es aquella que contiene la información que puede ser consultada por el cliente o usuario, y la computadora "cliente" es aquella que no está compartiendo información, es solamente receptora de información. De esta manera las computadoras clientes se conectan a los servidores para bajar información (download), y el servidor esta funcionando las 24 hrs. del día para cuando lo solicite el cliente, o en caso contrario la página web no existiría o no estuviera disponible (López, 2001).

A la fecha, existen muchos tipos de servidores, ofreciendo funciones específicas, por ejemplo los Servidores de Correo Electrónico; que son aquellos que guardan todos los mensajes de correo electrónico, esperando a que se sean leídos por el usuario. Los servidores de I.R.C. que permiten a los clientes tener conversaciones en tiempo real y así se van incrementando los servidores, dependiendo de las necesidades del cliente.

También existen varias computadoras que pueden servir como clientes y servidores a la vez, un ejemplo son las computadoras que tienen programas para compartir música en formato Mp3, donde puedes compartir tanto música y software.

Para conectarse a la Internet existen dos tipos de conexión:

1. Acceso Directo.- En esta conexión la computadora esta físicamente conectada y de forma permanente a la Internet. Todos los servicios trabajan con conexión directa o dedicada, utilizando cables de alta velocidad. Ésta es más conveniente para las grandes empresas e instituciones educativas (Miravalls, 1997).
2. Acceso Indirecto o remoto.- Ésta es la conexión más común y se efectúa vía MODEM a través de la línea telefónica, la cual la hace más lenta debido a que la computadora personal esta conectada a otra computadora (proveedor de servicio) y esta a la vez a la Internet (Miravalls, 1997).

Una vez decidido con que compañía y a que velocidad se va a conectar el usuario, es posible navegar por Internet.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

LA PSICOTERAPIA VÍA INTERNET

“La P.C. puede llegar a ser una extensión de nuestra personalidad”.
(Suler, 1996)

1. Orígenes de la Psicología Vía Internet

De acuerdo con Pergament (1998), la psicoterapia vía Internet es el resultado de cuatro elementos importantes dentro de la historia del psicoanálisis y la psicoterapia, de los cuales dos son parte de la tradición Freudiana, es decir, Freud y otros de sus colegas mantenían correspondencia para discutir y proveer “insights” psicológicos, dando cabida a la psicoterapia a distancia, y segundo su consentimiento para perdonar las desviaciones de la técnica analítica ortodoxa fueron los dos principales elementos para que la psicoterapia vía Internet surgiera. Los otros dos elementos fueron resultado de la popularización de las teorías psicológicas, en especial en los Estados Unidos. Estos elementos son la fascinación de la cultura popular por la psicoterapia y el uso de los medios masivos de comunicación para tener acceso al “insight” psicológico.

A continuación se abordaran los cuatro elementos estudiados por Pergament (1998), que dieron el origen a la psicoterapia vía Internet:

1.1. La tradición psicoanalítica de la correspondencia

Conforme a Gay (1988, citado en Pergament, 1998), Freud estableció una vasta correspondencia con mucha gente, estas cartas fueron la piedra angular de las interacciones de Freud con estas personas y fueron para él más importantes que los encuentros reales con la gente. Para Freud “Las cartas fueron un medio de acceso hacia el alma sin la, a veces, irritante presencia de otra persona y sin la posibilidad de que otra persona interrumpiera el tren de pensamiento”(Grosskurth, 1991, citado en Pergament, 1998, ¶ 9).

La extensa correspondencia de Freud estuvo enfocada en intercambios con otros colegas. Sin embargo, Freud también respondió cartas acerca de problemas emocionales para ciudadanos especiales. Varias de estas cartas aún sobreviven y proveyeron importantes reflexiones dentro de las teorías de Freud y complementaron también materiales formalmente publicados, delimitando la impresión de Freud en conceptos cruciales y estudios psicológicos (Bayer, 1987, citado en Pergament, 1998).

Posteriormente otros analistas también entablaron correspondencia con antiguos pacientes, que a menudo derivó en un tratamiento más formal o generaron material adicional para publicaciones basadas en aquel caso en particular (Gardiner, 1971, citado en Pergament, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2. La tradición de la experimentación con el marco analítico

Freud describió el rol del analista tal como una metáfora: “el médico debe permanecer impermeable para el paciente y no mostrar, como un espejo, más aquello que le es mostrado” (Gay, 1988, citado en Pergament, 1998, ¶ 1; Greenson, 1997). Freud inculcó a los primeros analistas a tratar a los pacientes dentro de los parámetros cuidadosamente definidos del marco analítico y dentro “la regla de la abstinencia”, como una forma para fomentar el desarrollo de un modo de tratamiento que podría ser considerado como “científico”. Aunque Freud intentó inculcar a sus seguidores sus preceptos técnicos austeros, su propia conducta dentro del marco analítico no reflejaba a menudo la rigidez, abstinencia y el anonimato que él defendió en sus escritos (Johnston & Farber, 1996, citado en Pergament, 1998). Además, la historia del psicoanálisis esta repleta con numerosos ejemplos de pioneros analíticos que experimentaron con la técnica analítica y trascendieron las restricciones diseñadas para crear el marco analítico.

Freud condujo análisis informales en algunos escenarios asombrosos, incluyendo el análisis de Max Eitingon durante sus paseos nocturnos a través de Viena. Entre otros ejemplos esta el de Melanie Klein, quien realizó entrenamiento analítico en su habitación de hotel durante sus vacaciones y Donald Winnicott llevó análisis sobre demanda, es decir, incluyendo prolongadas sesiones de 2 a 3 horas (Gay, 1998; Grosskurth, 1986; Bateman & Holmes, 1995, citados en Pergament, 1998).

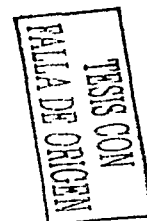
No obstante, como muchos movimientos intelectuales complejos, el psicoanálisis tiene desarrolladas numerosas escuelas de pensamiento, y hoy existen más de 400 modalidades de tratamiento en salud mental que se vienen desarrollando desde la tradición Freudiana y éstas son empleadas por profesionales de salud mental, proporcionando tratamiento psicoterapéutico (Goode & Wagner, 1993, citados en Pergament, 1998).

La psicoterapia vía Internet surge para colocarse como el más reciente agregado en el amplio espectro de modalidades de tratamiento que tienen como propósito emplear los preceptos y técnicas, tanto del psicoanálisis como de otras escuelas de pensamiento para aminorar el sufrimiento emocional. Todavía diferente a otras formas de tratamiento psicoterapéutico, la psicoterapia vía Internet aparece para mezclar la psicología en todos sus enfoques y los medios masivos de comunicación.

1.3. Psicoanálisis y psicoterapia como un fenómeno de cultura popular

Aunque las raíces del psicoanálisis y la psicoterapia son de Europa Central, la popularización de la teoría psicoanalítica y la actividades psicológicas en los medios masivos de comunicación, que son las piedras angulares de la psicoterapia vía Internet, son puramente estadounidenses (Fermi, 1971, citado en Pergament, 1998). Después de la elevación del nazismo y del exilio de muchos psicoanalistas, Estados Unidos se convirtió en el punto focal para el psicoanálisis. Con este cambio, las prácticas y cultura analítica tomaron un evidente sabor popular estadounidense.

De acuerdo con Hale (1971, citado en Pergament, 1998), el interés de los medios de comunicación en el psicoanálisis data de 1909, cuando Freud visitó América por



primera vez, y solo dio mediocrementemente, una serie de lecturas en la Universidad de Clark.

A pesar de la atención que la visita acumuló, la mayoría de los americanos aprendieron del psicoanálisis a través de revistas para mujeres y periódicos que presentaron versiones glorificadas y simples de la teoría psicoanalítica.

Pese al rechazo de Freud para involucrarse en actividades de la cultura popular, la popularización del psicoanálisis no decayó y llegó a ser un elemento central de la cultura estadounidense. Y rápidamente el psicoanálisis fue tema de canciones, películas, shows televisivos y hasta musicales, tal es el ejemplo de "Lady in the Dark" (Dama en la oscuridad) en 1941 (Pergament, 1998).

Las actividades psicoanalíticamente orientadas hacia los medios de comunicación, tuvieron la intención de ofrecer los beneficios de los "insights" psicológicos en masa (Cobb, 1990, citado en Pergament, 1998).

Aunque los años cincuentas son considerados la edad de oro de la psicoterapia, durante la década de los sesenta y setentas, la popular fascinación por los temas psicoanalíticos y las soluciones psicoterapéuticas para los problemas sociales y personales no decayeron. Sin embargo, los discursos populares llegaron a ser cada vez menos freudianos y empezaron a tomarse hacia las nuevas corrientes, como la terapia Gestalt, la racional emotiva o la terapia cognitivo-conductual (Farber & Green, 1993, citados en Pergament, 1998). Durante este mismo periodo los medios masivos de comunicación aprovecharon las emociones y dificultades de la gente para hacer shows con propósitos de entretenimiento.

1.4. La Radioterapia

La "Radioterapia", es el medio de comunicación y la actividad más estrechamente relacionada con la psicoterapia vía Internet, ésta comenzó en los 50s, con el Doctor en Psicología Joyce Brothers. Él empezó haciendo charlas de temas sexuales en la radio, sin embargo, no fue hasta la década de los setentas, en Los Ángeles, cuando el psicólogo Toni Grant principió tomando llamadas en vivo, y así otros psicólogos empezaron a hacer broadcasting con varios individuos. Esta "terapia" por radio llegó a ser parte de la vida norteamericana, permitiéndoles escuchar dramas de la gente común (Zamichow, 1997, citado en Pergament, 1998).

El valor terapéutico de la psicología por radio es cuestionable y las normas éticas promulgadas por la American Psychological Association (1992), anuncian que una relación terapéutica no puede ser formada en base a un contacto por la radio. Esta norma es fácil de sustentar, porque las interacciones en la radio no ofrece ninguna privacidad y el locutor de radio entiende que esas llamadas son el principal entretenimiento del show.

Según Scheiber (1988, citado en Pergament, 1998), la "radioterapia" no promete un contacto ininterrumpido, ni el desarrollo de una alianza terapéutica entre psicoterapeuta y paciente, o la experiencia emocional de transferencia, contratransferencia y resistencia, que son sustanciales en el tratamiento psicoterapéutico tradicional. Pero otros autores como el Dr. Suler (1996), y el Dr. J. J. Sánchez Sosa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(comunicación personal, Noviembre 4, 2002) sí conciben la transferencia dentro de las comunicaciones por la radio o Internet, estudiando Suler este tema con bastante seriedad en su capítulo "Transferencia entre la gente en línea", dentro de su e-book (<http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/comprtransf.html>).

2. Modalidades de tratamiento por Internet (sincrónicos y asincrónicos)

Aquí, cabe definir el concepto de un tratamiento por Internet sincrónico (on-line) y asincrónico (off-line).

Se entiende por comunicación sincrónica u on-line, aquella que permite que los participantes se puedan comunicar en tiempo real; aquí las personas tienen que estar conectadas al mismo tiempo, un ejemplo son los programas de Internet Relay Chat (I.R.C), en los cuales se está en comunicación "directa" con la otra persona del otro lado de la computadora por medio del teclado o auditivamente y no hay retardo de respuesta como en la comunicación asincrónica (Wallace, 2001, cap. 1).

La comunicación asincrónica u off-line, es aquella en la que el usuario puede responder a la hora que quiera, un ejemplo es el correo electrónico, en el cual la comunicación puede tener mucho tiempo de retraso, sin que sea necesario que las partes involucradas se conecten al mismo tiempo, es decir están "fuera de línea" (Wallace, 2001, cap. 1).

Las modalidades de tratamiento a distancia, como la radioterapia, utilizan aparatos de comunicación que son accesibles para la gente en la privacidad de su hogar, y así dar servicio psicológico a un gran número de gente, pero actualmente parece que la computadora esta sustituyendo a la radio, en el sentido de dar orientación psicológica a distancia en los E.U.A.

Los mensajes que acompañan los programas de radio conducidos por terapeutas, declaran que las interacciones con los escuchas tienen únicamente el propósito de entretener, más que un fin terapéutico. Pero la gran mayoría de los servicios de psicoterapia por Internet no se caracterizan por ser una extensión de los servicios de entretenimiento interactivo que ofrece ésta, si no que ofrecen modalidades de tratamiento apegados a los principios de la psicoterapia tradicional y con casos realmente serios o con personas con serias capacidades emocionales y/o físicas, dirigidos a una nueva forma de comunicación humana (Sharpe, 2000).

2.1. El Intercambio terapéutico de e-mails

Hace algunos años, en los países desarrollados, la mayoría de los servicios de psicoterapia vía Internet estaban basados en el intercambio de correos electrónicos. Estos servicios ofrecían breves respuestas para preguntas relacionadas con la psicología clínica a cambio de una cuota o sin ésta, si el cliente no se veía beneficiado (Sharpe, 2000).

En estos tratamientos típicamente a los usuarios se les pide categorizar sus problemas, usando una especie de cuadro o tabla de síntomas, donde marcaban lo que

padecían (depresión, ataques de pánico, alucinaciones, ansiedad etc.) o que respondieran una serie de preguntas acerca de su estado emocional y describieran su problema en menos de 200 palabras. Y así, el terapeuta respondía dentro de las siguientes 24 o 72 hrs. (ver anexo 2).

Las páginas Web que anunciaban el servicio de intercambio de e-mails, especificaban que no era psicoterapia, pero insinuaban que el servicio podría ser efectivo para los clientes. Sin embargo, los anuncios también hacían énfasis en que los proveedores de estos servicios eran psicólogos y psiquiatras, comparando los bajos costos de este medio en comparación con un tratamiento tradicional. Los primeros servicios no desalentaron su repetido uso, pero si un usuario enviaba preguntas frecuentemente, los practicantes deberían animar al usuario a buscar terapia tradicional (Shapiro & Schulman, 1996 citados en Pergament, 1998).

Suler (1996), en su capítulo "Psychotherapy in Cyberspace" (psicoterapia en el ciberespacio), menciona los pros y contras de la psicoterapia por medio de e-mail, los cuales a continuación se enlistan:

Pros:

- 1) No hay problemas de horarios u otras dificultades asociadas con el horario de la cita. Los horarios de los diferentes países o estados no son un obstáculo.
- 2) Se puede contestar a la hora que se tenga disponible.
- 3) Hay mucho mas tiempo de reflexión que en la comunicación en tiempo real, lo que permite al terapeuta planear mejor su tratamiento y al cliente analizar su respuesta.

Contras:

- 1) Los terapeutas podrían recibir cientos de correos electrónicos, atrasando el tiempo de respuesta.
- 2) El sentimiento de presencia se disminuye, ya que ambos no están en el mismo momento.
- 3) Algo de espontaneidad se pierde al no interactuar en el momento.
- 4) El cliente podría sentirse preocupado o sin importancia al no recibir respuesta en el tiempo especificado (72 hrs.).

Se le recuerda al lector que estos estudios y resultados provienen de países en donde la psicoterapia vía Internet ya es un hecho y tiene cierto tiempo de aplicarse, y no se deben generalizar a países donde la psicoterapia vía Internet aún no se ha estudiado, como es el caso de nuestro país.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2.2. La continuación de la terapia por e-mail

Cada vez, más psicoterapeutas están anunciando sus servicios por Internet como una alternativa para la tradicional terapia cara a cara, y están alentando a clientes potenciales para usar el servicio sobre una base continua y formal. Las propuestas de la psicoterapia en línea argumentan que pueden tener avances clínicos significativos sobre la terapia tradicional. A pesar de los pocos estudios eficaces sobre el tema, estos argumentan que la psicoterapia en línea sí permite a los pacientes experimentar muchos de los elementos de una relación terapéutica, incluyendo la transferencia (Suler, 1996).

En adición, el defender la terapia on-line exige que el tratamiento por Internet pueda proveer avances sobre el tratamiento cara a cara. Algunos partidarios argumentan que el tratamiento on-line es más fácil que uno persona a persona para pacientes con problemas significativos de relación con otros, y puede ser valorado como un paso inicial para animar a probables pacientes a que busquen una terapia tradicional (Cutter, 1996).

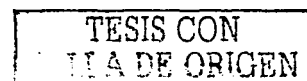
A diferencia de la terapia cara a cara, el intercambio de correos electrónicos no permite a los clínicos una interpretación de expresiones faciales, lenguaje corporal o entonación de voz en la evaluación o diagnóstico de las condiciones del usuario, respondiéndolo sólo al material que se comparte, como fotos y lenguaje teclado. Esto remueve la información no verbal, que es una porción significativa que los psicoterapeutas usan para descubrir el significado que "entre líneas" tiene el paciente en sus oraciones y en su lenguaje no verbal (Phares, 1999). Además, estos intercambios sólo permite a los usuarios y clínicos trabajar con un material breve que se captura de una breve porción de pensamientos del individuo y no permite a los pacientes y psicoterapeutas incrementar el dialogo o basarse en la libre asociación de los pacientes, que es el sello de la psicoterapia psicoanalítica (Greenson, 1997; Pergament, 1998).

2.3. Terapia hablada o en Internet Relay Chat (I.R.C.)

Actualmente, las tecnologías de la comunicación en tiempo real en Internet, o el I.R.C., son usadas para dar servicios terapéuticos, y así dejar atrás las limitaciones que traían las comunicaciones por e-mail, dando oportunidad de sostener un dialogo, aproximándonos a una libre asociación. El I.R.C. es un popular servicio que puede servir para grupos de auto-ayuda; que conducen encuentros en línea usando el servicio de "chat rooms" (Pergament, 1998; Ström, Pettersson & Andersson, 2000; Wallace, 2001).

En años recientes, varios terapeutas utilizan esta tecnología para hacer citas en tiempo real con sus clientes, proporcionándoles claves o "passwords"; un ejemplo de esto se puede ver en la página web www.mipsicologonline.com. Donde antes de entrar a sesión hay un cuadro donde tienes que colocar tu contraseña para charlar con el especialista, la cual obtienes después de mandar un e-mail explicando el problema y aceptando la cuota de cobro.

Suler (1996, sección, Sincrónico, ¶ 2) enlista una serie de pros y contras de la comunicación sincrónica en la psicoterapia vía Internet:



Pros:

- 1) Existe un sentimiento de presencia, a diferencia de la comunicación asincrónica (e-mails).
- 2) Las interacciones pueden ser más espontáneas, dando lugar a revelaciones sin censura por parte del cliente.
- 3) Hacer el esfuerzo de estar en una hora determinada con el cliente, puede ser interpretado como un signo de compromiso y dedicación.
- 4) Pausas en la conversación, llegar tarde a la sesión o no presentarse, son señales temporales que revelan significados psicológicos importantes.

Contras:

- 1) La dificultad de vivir en zonas muy retiradas o en otros países, traería consigo horarios diferentes y problemas con las citas.
- 2) Existe menos "zona de reflexión" que en una comunicación asincrónica, a excepción del tiempo de reflexión que existe entre el escribir y pensar el mensaje.
- 3) En la mente del cliente, "terapia" podría ser asociado específicamente con la cita y no es percibido como un proceso fuera de aquel periodo de tiempo.

Con estos pros y contras en mente, se puede sacar provecho de este tipo de comunicación y mejorarlos en un futuro.

2.4. Psicoterapia Vía Internet Basada en la videoconferencia

Los terapeutas están buscando desarrollar modalidades en la Internet para reproducir las condiciones de una terapia tradicional, experimentando recientemente con la videoconferencia. Estos servicios requieren que los terapeutas y pacientes cuenten con computadoras potentes, cámara digital y software especial. Pero estos equipos tienen un costo alto y además aún son muy primitivos para alcanzar la fidelidad que se desearía.

Aunque la videoconferencia no provee el mismo nivel de intimidad experimentada por personas que están sentadas en un cuarto y en proximidad física, los diferentes tipos de teleconferencia permiten responder a las diferentes entonaciones de voz y expresiones faciales (Pergament, 1998).

Hoy en día una sesión con esta tecnología tiene un costo aproximado de \$25 dólares por 30 minutos de sesión (Pergament, 1998), algo relativamente alto aunando el costo del equipo.

En opinión del autor de la presente investigación, la terapia por medio de la videoconferencia sería para personas que ya conocen a su terapeuta o para quienes quisieran contacto visual con éste. Pero se perdería el anonimato y la desinhibición que tanto caracteriza a la psicoterapia por Internet por lo que sería mejor un encuentro cara a cara.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

3. Definición de la psicoterapia vía Internet

Desde el inicio de este tipo de modalidad, han surgido diferentes definiciones para la psicoterapia vía Internet, de entre la que destaca la propuesta por Cutter (1996, ¶ 1), que describe la psicoterapia vía Internet refiriéndose a un profesional graduado y entrenado en salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta) intercambiando mensajes (no visibles para el resto de la red) con un paciente sobre una base sistemática, con o sin honorarios.

Posteriormente, Nickelson (1998) propone "Behavioral telehealth" o telesalud del comportamiento como "la simple aplicación de las telecomunicaciones y la información tecnológica para proveer servicios de salud comportamental o de conducta" (p. 527).

Y por último, Suler (2000) también crea su definición de "ciberterapia" como un medio ambiente psicoterapéutico mediado por comunicación a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional en salud mental (<http://www.rider.edu/users/suler/psyber/therapy.html>).

Como se puede observar, cada autor define la psicoterapia vía Internet de diferentes maneras, dependiendo de la corriente psicológica, ya sea psicoanálisis, cognitivo-conductual u otra. Pero los autores coinciden en que es una intervención a distancia a través de una computadora, en base a alguna corriente psicológica.

4. Actualidad de la Psicoterapia Vía Internet

Actualmente muchas personas tienen la posibilidad de ingresar a una intervención psicológica por la red de tipo sincrónico (I.R.C., videoconferencia) o asincrónico (e-mail), dependiendo de su situación, distancia y tiempo. Ésta puede ser gratuita o no, pagando a través de Internet con tarjeta de crédito o a través de depósito bancario, y el usuario podría quedar en el anonimato o no (Cohen & Kerr, 2000).

Aunque la psicoterapia vía Internet aún esta en proceso de prueba, existen ya muchas paginas que ofrecen este servicio (Tantum, 2001). Pero parece también que actualmente la psicoterapia vía Internet se sale de control, al no contar con algún regulador que controle este tipo de psicoterapia y sus páginas, ya que hoy en día se encuentran miles de psicólogos on-line, por lo que se debería contar con alguna asociación o grupo que avale a los terapeutas que puedan ejercer a través de Internet (Reed et al. 2000).

Definitivamente habrá que esperar cuales son los resultados de ésta y así delimitar con mayor precisión sus costos, beneficios, alcances y limitaciones.

Hoy en día, algunos psicólogos ya ofrecen una combinación de psicoterapia vía Internet con psicoterapia presencial, aceptando que este medio de comunicación puede ser muy útil en algunos casos o con algunos pacientes (Jacobs, Christensen, Snibbe, Dolezal-Wood, Huber & Polterok, 2001).

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

5. Futuro de la Psicoterapia Vía Internet.

King (1995), en su artículo "Using the Internet in the year 2005; Three Scenarios" (Usando el Internet en el año 2005; Tres Escenarios), narra un futuro sobre la psicoterapia vía Internet, describiendo un tipo de escenario en el que cualquier persona puede contar con atención psicológica por Internet las 24 horas en lugares asignados para ésta, es decir, la persona podrá tener atención psicoterapéutica en iglesias, centros comerciales o simples cubículos que se podrán encontrar en la calle, como los de teléfonos, permitiendo tener la intervención psicológica, con o sin honorarios. King también describe que el psicólogo on-line puede tener acceso al historial médico del paciente, siempre y cuando éste lo permita y le proporcione su cuenta médica. En este escrito el paciente tiene reacciones tal y como en un encuentro personal, dado que la tecnología en relación a las telecomunicaciones es muy avanzada y se pueden ver las dos partes con bastante claridad (acercamientos, varias pantallas, interacción virtual, touch screens y audio). Prácticamente casi un psicólogo al instante.

En la actualidad, se pueden ver casi por completo todas estas tecnologías, pero sin la interacción que menciona King. Pero de acuerdo con el autor, es casi seguro que esta tecnología va a llegar y creo que está más próxima de lo que parece.

También, en un futuro, el trabajo de los psicoterapeutas junto con los ingenieros, va a ser el de "humanizar" a las computadoras, dándoles mejores herramientas para expresarnos mejor y más claramente. Por ejemplo, mejorando los emoticonos o conectándonos un casco, guante o dedal para que el psicólogo sepa el estado de ánimo y funcionamiento fisiológico del paciente.

El autor de la tesis considera que la psicoterapia vía Internet tiene futuro, pues a la fecha no existe competencia y sería uno de los primeros programas en México.

Por último quisiera mencionar una frase que King (1995), al final de su artículo escribe y que debemos tomar muy en cuenta: "La revolución informática sigue su camino, no dejes que te derribe".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IV

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PSICOTERAPIA VÍA INTERNET

1. Ventajas de la psicoterapia vía Internet.

A la par con Wallace (2001), en ciertas ocasiones las personas pueden llegar a ser muy desinhibidas cuando interaccionan con los demás en la red, llegando más rápido a la información primordial que aqueja al paciente y que no muy fácilmente lo diría frente a una persona o psicólogo, pero también pueden perder los estribos con mucha más facilidad, siendo éste un punto en contra, ya que no tendríamos la presencia física para, de alguna manera, controlar al paciente, pudiendo desconectarse o "cortarnos" con un sólo "click".

En la red los usuarios pueden hablar con bastante intimidad con otras personas que los comprenden, como psicólogos o amigos y compartir sus problemas sin arriesgarse a las censuras de la vida real. El autor de la presente tesis considera, al igual que Cohen y Kerr (1998) que, estando frente a una computadora es más fácil que una persona demuestre sus sentimientos que frente a alguien. Cohen y Kerr también mencionan que el llorar frente a una computadora puede ser un gran paso para lograrlo frente a otros.

Por otro lado, gran parte de la investigación inicial de las expresiones socio-emocionales en la red, han mostrado que todos parecemos más fríos e irascibles y que vamos más "al grano" que frente a un individuo (Wallace, 2001). Esto ayuda a reducir la paja, que en el consultorio físico se da mucho, llegando por lo tanto, más rápido a lo que al paciente le aqueja.

Wallace (2001) también menciona que la distancia física y la poca presencia social, hacen que nos sintamos menos inhibidos, más a salvo de ser descubiertos y un poco menos sometidos al dominio del súper-ego.

1.1. Ventajas para el usuario

- 1) Una ventaja para los usuarios de este nuevo tipo de psicoterapia, es que se reduce la distancia que hay entre el paciente y psicoterapeuta, pues no todo el mundo vive en las grandes ciudades, donde es fácil ubicar a un psicólogo.
- 2) Económicamente, es más barato tener un encuentro con el psicólogo por esta vía, ya que no se gasta en gasolina, estacionamiento o pasajes y se ahorra tiempo de traslado, evitándonos el estrés producido por el tráfico.
- 3) Integrantes de una familia pueden tener contacto vía Internet al mismo tiempo, si es que los miembros de ésta viven en diferentes partes y no pudieran reunirse personalmente.
- 4) Puede ser más fácil para pacientes discapacitados físicamente y que no puedan trasladarse hasta el consultorio del Psicoterapeuta, teniendo por este medio su apoyo o consulta psicológica sin moverse de su casa.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 5) No todos los pacientes "se animan" a una entrevista cara a cara, en este sentido puede significar un punto de partida entre el vínculo Paciente-Psicoterapeuta hasta lograr un contacto "en vivo".
- 6) El paciente puede mandar un correo electrónico al psicoterapeuta justo en el momento que pudiera padecer algún sentimiento, trastorno leve o conflicto, describiéndolo con mucho más detalle y no esperarse hasta la siguiente consulta, permitiendo un contacto y hasta una empatía mejor al psicoterapeuta, teniendo éste una idea más clara y precisa de lo que le ocurre al paciente en ese momento, sin omitir detalles que pudieran ser olvidados en la terapia tradicional, por parte del paciente.
- 7) Las tablas de registros pueden ser llenadas en la misma computadora o se podrían imprimir, dependiendo del lugar donde se encuentre el paciente, escanearlas y mandarlas.
- 8) Con la ayuda del Internet se puede echar mano de las diferentes páginas web que pudieran ser valiosas y proporcionar mayor información al paciente; ya sean fotos, música, sonidos, videos, programas (software), artículos, estadísticas o información sobre algún tema en específico.
- 9) La desinhibición ante el terapeuta, provocada por el uso de la computadora conectada a el Internet, podría llevar a un cambio, insight o rehabilitación más rápida que en una psicoterapia tradicional.
- 10) En caso de que un paciente se halle en una situación crítica o de emergencia, cuenta con la posibilidad de acudir a un psicólogo en línea y tener apoyo, así como sucede en las líneas telefónicas de ayuda psicológica.
- 11) El cliente puede encontrar mas fácilmente a muchas personas por Internet que tuvieron o tienen el mismo problema, que en una búsqueda personal y hasta con el psicólogo. Sin importar el país. Dejando a un lado su sentimiento de soledad y por lo tanto tener mayor apoyo psicológico.

1.2. Ventajas para el psicólogo

- 1) El psicoterapeuta podría contestar dudas relacionadas con el tratamiento por vía e-mail.
- 2) El psicoterapeuta podría tener ayuda de las diferentes páginas web que también se dediquen a la intervención por Internet, así como echar mano de las gráficas que se presentan en éstas (por ejemplo, instrucciones de las técnicas de relajación, ver anexo 3).
- 3) El psicoterapeuta cuenta con un registro total del material clínico que el paciente proporciona vía correo electrónico o I.R.C. (siempre y cuando el paciente lo permita)

TESIS CON
FALLA DE OPICOM

- 4) Da la oportunidad de abrir nuevas líneas de investigación sobre la transferencia, resistencias, experiencias u otras reacciones del individuo ante la Internet.
- 5) Los terapeutas pudieran expresar con más libertad sus sentimientos o emociones, sin que el paciente se diera cuenta, y tomar posturas físicas que serían imposibles en una psicoterapia presencial.
- 6) Se eliminan gastos de mantenimiento del lugar, renta, agua, luz, mobiliario u otros servicios, los cuales se verán reflejados en el bajo costo de la psicoterapia vía Internet.
- 7) Podría canalizarse al paciente directamente a otra consulta en línea en cuestión de segundos, sin el molesto traslado de un lugar a otro como lo sería en una consulta presencial.
- 8) El potencial que la Internet tiene, de llegar a mucha gente, también se podría reflejar al alcance que podría tener el psicólogo.

Beauvois y Eledge (1996, citados en Cohen y Kerr, 1998) encontraron que las personas introvertidas reaccionan positivamente a la comunicación mediada por computadora, porque esta le permite mas tiempo para pensar antes de responder, a diferencia de una terapia presencial, en la cual probablemente pueden responder por sentirse presionados o vistos por la fría mirada del terapeuta. Los autores también mencionan que los terapeutas pueden tomar ventaja del retraso que se presenta en la comunicación mediada por computadora, para conscientemente llevar principales temas o puntos que quieran comunicar y para poder pensar un poco más sus respuestas.

Quisiera concluir este apartado indicando al lector que las ventajas mencionadas arriba no son todas las que existen dentro de la psicoterapia vía Internet pero si las más relevantes y las que se han encontrando hasta el momento.

2. Desventajas de la psicoterapia vía internet

A apreciación del autor de la presente investigación documental, las desventajas de la psicoterapia vía Internet pueden ser muchas, esto dependiendo la corriente psicológica que las analice y también de la persona, pues es más fácil que un joven que ya esta relacionado con las computadoras desarrolle ideas para ésta, que una persona de edad, la cual se entredó en contacto personal. Pero aquí vamos a enlistar las desventajas más citadas en diferentes artículos y percibidas por el propio autor.

2.1. Desventajas para el psicólogo

- 1) La pérdida de claves visuales y auditivas podrían originar problemas de diagnóstico, percepción de la identidad y detección de los problemas de comunicación del cliente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 2) Es más difícil asegurar la confidencialidad a través de Internet que en psicoterapia "en persona". Pues hackers podrían acceder a información confidencial del paciente o crackers podrían modificarla o hasta borrarla.
- 3) La falta de discriminación entre un paciente real y un impostor es difícil de visualizar, pues como alguien pudiera tener una necesidad real de consultar a un psicólogo o sólo estar jugando en Internet. Lo cual quitaría tiempo valioso al psicólogo y a un probable paciente.
- 4) Al principio, el costo por echar a andar un consultorio en línea es elevado.
- 5) Las técnicas de relajación o ejercicios no pueden ser supervisadas o evaluadas satisfactoriamente por el psicólogo.
- 6) La competencia incrementaría notoriamente debido a la viabilidad con la que se puede establecer un consultorio on-line.
- 7) La desconfianza que existe en México de proporcionar el número de tarjeta de crédito en la red es considerable, poniéndonos en desventaja a la hora del pago por los servicios.
- 8) Debido a la extensión y accesibilidad del Internet, el psicólogo no podría saber inmediatamente de que país procede el usuario, donde la cultura y jurisdicción legal podrían ser muy diferentes, arriesgándolo a una posible violación de las leyes que rigen ese lugar. Esto podría presentarse en el caso de una emergencia, donde la recolección de datos podría ser posterior a la primera intervención.
- 9) La exposición prolongada del psicólogo ante la computadora podría causar daños físicos si no se cuenta con el equipo idóneo.

2.2. Desventajas para el usuario

- 1) El paciente no podría juzgar a ciencia cierta quien es un verdadero profesional, de entre los cientos de resultados que obtendría en la búsqueda de un psicólogo on-line
- 2) El compartir una computadora con alguien más podría traer el riesgo de que terceras personas tengan acceso al material psicoterapéutico.
- 3) La falta de habilidad al escribir en el teclado, podría traer confusiones o malos entendidos.
- 4) Si el usuario no sabe leer ni escribir difícilmente podrá tener una Intervención por Internet.
- 5) Al igual que en una psicoterapia convencional, se corre el riesgo de que el paciente cree una dependencia a la psicoterapia vía Internet, pudiéndose incluso generalizarse o a otros servicios que ofrece la Internet, como el I.R.C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También existen desventajas que podrían afectar a las dos partes involucradas causándoles daños irreversibles o pérdida de tiempo considerable.

Uno de los posibles riesgos que cualquier Internauta corre al estar navegando por Internet, es el de contraer un virus electrónico, lo cual traería consecuencias fatales para ambas partes. Existen virus altamente peligrosos y otros no tanto, por ejemplo existen virus que pueden borrar todo el disco duro de la computadora o virus que puedan modificar los datos almacenados en ésta, cambiándoles el nombre, ubicación, formato, o simplemente pueden funcionar como espías, los cuales aparentemente no provocan daños a la vista del usuario pero que dejan invulnerable a la computadora para cualquier hacker o .cracker.

Los virus son pequeños programas con intención, en general, de dañar la información o la confidencialidad de la computadora. Básicamente se dividen en dos: Boot Virus y File Virus, los primeros alojan el contenido de su código en el sector de arranque de la máquina, activándose cada vez que se enciende y los segundos vienen en forma de archivos que al ejecutarse por distintas causas (aplicaciones como Word, Excel, correo electrónico, multimedia, etc.), ponen en riesgo la información o la confidencialidad de la P.C. (López, 2001).

Las formas de infección pueden ser a través del Floppy (disco de 3,1/2), CD-ROM, RED, Correo electrónico, Aplicaciones o en la WEB Por ello, a continuación, se explicaran de manera breve los virus existentes.

Los troyanos, son una variante de File Virus que contienen código malicioso oculto en alguna otra aplicación o programa conocido, así que cuando se ejecuta el que se cree que es un programa ordinario ¡BUM! se lanza el código malicioso.

Los gusanos son otra variante de File Virus, que contienen un código que revisa las direcciones del correo, las copia y se reenvía a todas esas cuentas con el nombre del usuario. Reenviando así, su código malicioso.

Los Ghost, también File Virus, se ocultan ante los antivirus nombrándose como alguna aplicación ordinaria a la hora de revisar o vacunar la computadora, y después de pasar la revisión, se regresa a su nombre original.

Existen otros virus o más bien mensajes psicológicos, este tipo de mensajes reciben el nombre de "virus hoaxes" o bromas de virus, aunque informalmente hay quienes también les conocen como "virus gallegos", donde el mismo usuario hace el daño a sus equipos. Como por ejemplo, existen correos (sulfnbk.exe) que te invitan a seguir una serie de pasos, que al ejecutarlos, tú mismo estas borrando archivos vitales de tu computadora, con el pretexto de que son malignos o virus peligrosos.

Aunque existen antivirus, estos pueden ser violados con cierta rapidez y el costo por actualizar el equipo constantemente con antivirus es elevado, sin mencionar el gasto adicional en la instalación de firewalls, sus actualizaciones y que pasan muy rápido de moda o que son rápidamente quebrantables.

2.3. Adicción a la Internet

La Adicción al Internet o el Síndrome de Dependencia de Internet (Internet Addiction Disorder, I.A.D.), como lo llaman los estadounidenses (Echeburúa y cols., 1998; Griffiths, 1997; Young, 1996, citados en Madrid, 2001), ha crecido durante los últimos años. Este tipo de adicción es algo relativamente nuevo y por lo tanto difícil de definir y diagnosticar, pues hasta a la fecha no aparece este término dentro del DSM-IV-R, por lo que diferentes autores han dedicado comprender, diagnosticar y tratar la adicción.

Algo curioso es que, dentro de la misma Internet hay más páginas web dedicadas a tratar esta adicción, y que van en aumento, que tratamientos persona a persona.

La Dra. Kimberly S. Young, cifra en unos 400.000 el número de norteamericanos afectados por el Síndrome de Adicción a la Internet (de una población de unos 20.000.000 de americanos conectados).

No hay que negar que la Internet es una fascinación, el sólo hecho de pensar que en la red puedes encontrar todo, desde música, arte, sexo, información gratis o con un costo reducido, es un gancho bastante tentador, aunado a que en algunas computadoras la ventana de conexión aparece frecuentemente, invitándote a navegar.

Pero para dar una visión más amplia sobre este tema, tendremos que remontarnos a la clasificación de las adicciones, en las que la adicción al Internet cae dentro de las **Adicciones psicológicas no químicas**. Para la gente el concepto de adicción incluye tomar drogas, la mayoría de las definiciones sobre lo que es una adicción se centran en el abuso de sustancias. Sin embargo hay un movimiento creciente de autores (Echeburúa, 1999; Griffiths, 1998, citados en Madrid, 2001) que encuentran una serie de conductas potencialmente adictivas, incluyendo muchos comportamientos que no implican el consumo de drogas. Estas adicciones no químicas incluirían conductas como el juego, el sexo, el trabajo o las compras (Echeburúa, 1999, citado en Madrid, 2001). Durante siglos la gente se ha encontrado dependiente psicológica o físicamente a muchos comportamientos y sustancias. Esto no se debe a un mero interés, sino que consiste en un patrón de uso que puede llevar a un eventual impacto negativo en el funcionamiento, afectando al matrimonio, relaciones, trabajo, economía e incluso al estatus legal (Greenfield, 1999). Sin embargo, las adicciones psicológicas no químicas no se encuentran incluidas como tales en el DSM - IV, en las que el término adicción se reserva para los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas. En el DSM - IV (APA, 1994) las adicciones psicológicas vendrían incluidas en los trastornos del control de impulsos, tal como aparece el juego patológico. Según Echeburúa y Corral (1994, citados en Madrid 2001) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían la pérdida de control y la dependencia. Para Griffiths (1998, pp. 61-75, citado en Madrid, 2001) cualquier comportamiento que cumpla estos seis criterios será definido operacionalmente como adicción:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. **Prominencia (o conspicuidad):** Se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
2. **Modificación del humor:** Experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad (revivir experiencias pasadas al navegar por Internet, planificar la próxima conexión, pensar en como conseguir la próxima conexión a Internet).
3. **Tolerancia:** Proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
4. **Síndrome de abstinencia:** Estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
5. **Conflicto:** Se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular.
6. **Recaída:** Es la tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

Por lo tanto lo importante en la adicción no es la actividad concreta que genera la dependencia, sino la relación que se establece con ella. Es una relación negativa, incluso destructiva que el sujeto se muestra incapaz de controlar.

2.3.1. Definición de la adicción a la Internet.

A la fecha se han dado diferentes conceptos y nombres la Adicción a la Internet, tales como Desorden de Adicción a Internet (Internet Addiction Disorder [IAD]) (Goldberg, 1995), uso compulsivo de Internet (Morahan-Martin & Schumacker, 1997, citado en Madrid, 2001), o uso patológico de Internet (Pathological Internet Use [PIU]) (Young & Rodgers, 1998b, citado en Madrid, 2001). Y la tarea de definir lo que es la adicción a Internet es algo que ya de partida nos supone un problema, pues algunos autores como Pratarelli y cols (1999), mencionan que la Adicción al Internet es solo la novedad de tener algo nuevo y por ello su abuso, así como pasa con los video-juegos.

Pratarelli y cols. (1999), quienes utilizan el término de adicción al ordenador/Internet, y la definen como *un fenómeno o desorden putativo que depende tanto del medio como del mensaje, sin inclinarse a favor de ninguno*. Siendo este concepto muy vago.

El uso de Internet (como cualquier otro comportamiento) es susceptible de crear una adicción en función de la relación que el sujeto establezca con ese uso. Uno de los aspectos problemáticos es: ¿a qué se hacen adictos los adictos a Internet? ¿Es al contenido al que acceden o es al Internet en sí? Respecto a esto un ejemplo de la problemática lo encontramos en la relación entre adicción al sexo y adicción a Internet. Un individuo que fuese adicto a las páginas de contenido sexual, ¿sería un adicto al sexo, a Internet, o a ambos?.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Griffiths (1997, citado en Madrid, 2001) señala la existencia de lo que él llama “adicciones tecnológicas”, que se definen como adicciones no químicas que involucran la interacción hombre-máquina. Estas pueden ser pasivas (como la televisión) o activas (como los juegos de ordenador o Internet). Autores como Echeburúa y Griffiths, han señalado que Internet podría ser, en la mayoría de los casos, solo un medio o “lugar” donde alimentar otras adicciones o trastornos (por ejemplo adicción al sexo, ludopatía o parafilias), aunque también señalan que existen casos de adicción a Internet por sí mismo.

Pero actualmente la definición más usada es la de John Suler, quien señala la existencia de dos modelos básicos de la hipotética adicción a Internet:

El primero de ellos hace referencia a aquellos sujetos muy aficionados e interesados por sus ordenadores que utilizan la Red para recoger información, jugar en solitario, obtener nuevos programas, etc. pero sin establecer ningún tipo de contacto interpersonal (más que el necesario para lograr sus propósitos).

El segundo tipo lo constituiría aquellos sujetos que frecuentan los Chats y listas de correo. Todos ellos tienen en común la búsqueda de estimulación social. Las necesidades de filiación, ser reconocido, poderoso o amado, subyacen a este tipo de utilización de la Red. Cuando el uso de Internet interfiera de un modo significativo las actividades habituales es cuando podrá ser considerado patológico. Sin embargo la interferencia sobre los hábitos de vida no es un criterio estable ya que varía tremendamente de unos sujetos a otros, variando en función de las disponibilidades de tiempo, dinero y de numerosas circunstancias tanto personales como familiares (<http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/cybaddict.html>).

2.3.2. ¿Cómo diagnosticar Adicción a la Internet?

Al ser la propia Internet una herramienta cuya implantación masiva es posterior a la edición del DSM-IV, no es de extrañar que no aparezca referencia alguna a la Adicción a Internet en dicho manual. Este vacío es el que ha empujado a los investigadores a desarrollar sus propios instrumentos de diagnóstico.

La primera persona que estableció criterios diagnósticos para la adicción a Internet, fue el psiquiatra Ivan Goldberg (Grohol, 1997).

Goldberg (1995) propone un conjunto de criterios para el diagnóstico del desorden de adicción a Internet (IAD) basados en los criterios diagnósticos del abuso de sustancias: Un patrón desadaptativo de uso de Internet, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de las características siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes: - Una necesidad de incrementar notablemente la cantidad de tiempo en Internet para lograr satisfacción. - Notable disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de tiempo en Internet.

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--

2) Síndrome de abstinencia, manifestado por cualquiera de los siguientes:

(A) El característico síndrome de abstinencia:

§ Cesación o reducción de un uso de Internet que ha sido grande y prolongado

§ Dos o más de los siguientes síntomas:

- a) Agitación psicomotora
- b) Ansiedad
- c) Pensamientos obsesivos acerca de lo que estará sucediendo en Internet
- d) Fantasías o sueños a cerca de Internet
- e) Movimientos de tecleo voluntarios o involuntarios

§ Los síntomas causan malestar o deterioro en el área social, laboral u otra área importante de funcionamiento.

(B) El uso de Internet o un servicio similar esta dirigido a aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

- 3) Se accede a Internet con más frecuencia o por periodos más largos de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de Internet.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas al uso de Internet (comprando libros sobre Internet, probando nuevos navegadores, indagando proveedores de Internet, organizando fichero o descargando materiales).
- 6) Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o reducen a causa del uso de Internet.
- 7) Se continúa usando Internet, a pesar de saber que se tiene un persistente o recurrente problema físico, social, ocupacional o psicológico que parece ser causado o exacerbado por el uso de Internet (privación de sueño, dificultades maritales, llegar tarde a las citas por las mañanas, abandono de los deberes profesionales, o sentimientos de abandono de personas significativas).

Young también ha utilizado una serie de criterios diagnósticos parecidos a éstos en sus estudios preliminares (Young, 1996, citado en Madrid, 2001), basándose en los del abuso de sustancias del DSM – IV. Sin embargo, posteriormente propuso una serie de criterios adaptados de los criterios para juego patológico, por parecerles estos más semejantes a la naturaleza patológica del uso de Internet. Dichos criterios se estructuran en un breve cuestionario de ocho items:

- 1. ¿Se siente preocupado con Internet (pensamientos acerca de la última conexión o anticipas la próxima sesión)?
- 2. ¿Siente la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo de uso de Internet para lograr la satisfacción?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. ¿Ha hecho repetidamente esfuerzos infructuosos para controlar, reducir, o detener el uso de Internet?
4. ¿Se ha sentido inquieto, malhumorado, deprimido o irritable cuando ha intentado reducir o detener el uso de Internet?
5. ¿Se queda más tiempo conectado de lo que inicialmente había pensado?
6. ¿Ha perdido o puesto en peligro alguna relación significativa, trabajo, oportunidad educativa o profesional debido al uso de Internet?
7. ¿Ha mentido a los miembros de su familia, terapeuta u otros para ocultar su grado de implicación con Internet?
8. ¿Usa Internet como un medio de evadirse de los problemas o de aliviar un estado de ánimo disfórico?

De acuerdo con estos criterios, se considera adicto si responde afirmativamente a 5 o más de las preguntas anteriores, y los síntomas pueden ser explicados por un episodio maniaco. Young (1999, citado en Madrid, 2001) señala que si bien esta escala da una medida de la adicción a Internet con la que se puede trabajar, es necesario un mayor estudio de su validez y utilidad clínica. Uno de estos intentos de validar cuestionarios para el diagnóstico de la adicción a Internet se debe a David N. Greenfield.

Greenfield (1999) administró un cuestionario a cerca de 18,000 sujetos que visitaban la página de ABCNEWS.com. Dicho cuestionario, el VAS (Virtual Addiction Survey), examinaba el uso general y abuso de Internet. Como resultado de este estudio, Greenfield señala un conjunto preliminar de siete criterios para la identificación y predicción de la adicción a Internet:

- ✓ Número total de horas que pasas conectado
- ✓ Otras personas piensan que tienes un problema con Internet
- ✓ Experimentar serias consecuencias relacionadas con el uso de Internet
- ✓ Experimentar una intensa intimidad en la red
- ✓ Mantener la cantidad de tiempo que se pasa conectado como un secreto
- ✓ Edad (mas joven incrementa el riesgo de adicción)
- ✓ No poder esperar para llegar al ordenador y conectarse.

Aunque ha habido varios esfuerzos centrados en detectar la Adicción a Internet, tomando como criterio el excesivo uso de la red, parece haber quedado claro que este no es un criterio válido para el diagnóstico. Muchos individuos, por razones de trabajo o estudios, deben pasar muchas horas conectados, delante del ordenador, pero eso no les convierte automáticamente en adictos.

Thompson (1996, citado en Madrid, 2001) señala que, para la mayoría de las personas que pasan mucho tiempo conectados, lo que podría parecer una adicción no es sino el proceso de aprender lo máximo posible en poco tiempo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Griffiths (1998, citado en Madrid, 2001) analiza varios estudios referidos al uso excesivo de la red y concluye que en la mayoría de los casos esto es puramente sintomático. Debemos por lo tanto centrarnos en las consecuencias negativas que tiene la dependencia de la red, en definitiva ¿qué es lo que lleva a una persona a buscar ayuda para terminar con su adicción a la red? ¿Qué síntomas negativos experimenta? ¿Qué disfunciones encuentra el adicto en su vida a causa de su uso de Internet?

CAPITULO V

LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA VÍA INTERNET

5.1. Estudios recientes que comprueban la efectividad de la psicoterapia vía Internet

La efectividad de la psicoterapia vía Internet se sigue estudiando y poniendo a prueba. No obstante, ya existen varias investigaciones que han demostrado su efectividad, ya sea que la intervención se lleve a través de correos electrónicos (terapia asincrónica) o como terapia en tiempo real o en I.R.C. (sincrónica). Estas publicaciones pueden encontrarse en la misma red o en revistas científicas reconocidas mundialmente (como Journal of Consulting and Clinical Psychology o Professional Psychology: Research and Practice).

Pero también, se han escrito artículos que glorifican la psicoterapia on-line, mostrándola como la "panacea" de los tratamientos de todos los padecimientos psicológicos y hacen conclusiones muy apresuradas y sin duda erróneas sobre este tipo de intervención (Fenichel, 2001), pues las futuras investigaciones nos remitirán a sus alcances y limitaciones.

Durante la presente investigación, se encontró que más de la mitad de los artículos publicados acerca del tema, relacionan la efectividad de la psicoterapia vía Internet con un tratamiento cognitivo-conductual. Esto se podría explicar por la facilidad que presenta la terapia cognitivo-conductual para medir sus resultados y porque se apega al método científico (Phares, 1999).

Todos los estudios, que se mencionaran posteriormente, se caracterizan por contar con pre-test, post-test y seguimiento de varias semanas, midiendo sus resultados con pruebas validadas mundialmente o en su propio país. Además, cada estudio estuvo respaldado por psicólogos experimentados en el tema y los pacientes contaban con atención personalizada, en caso de que lo pidieran o que no funcionara la intervención por Internet.

Las investigaciones que se llevaron a cabo con la intervención por Internet mostraron que la efectividad de la psicoterapia vía Internet es igual a la de una terapia presencial, aún después de haber transcurrido varios meses de la intervención, es decir, en el seguimiento. Estos estudios parecen indicar que son altamente efectivos para problemas específicos y con ciertas características (Lange, Schirrieken, Ven, Bredeweg, & Emmelkamp, 2000). Tal es el caso del estudio denominado: *"Interapy": The Effects of a Short Protocolled Treatment of Posttraumatic Stress and Pathological Grief Through the Internet* ("Interapy": Efectos de un Tratamiento de Protocolo Breve para Estrés Post-Traumático y Duelo Patológico a través de Internet), conducido por Lange et al. (2000), en la Universidad de Amsterdam, en el que se investigaron a 20 estudiantes de universidad que padecían síntomas de estrés post-traumático, debido a la pérdida de un ser querido, abuso sexual, agresión violenta o robo. El estudio se llevó a cabo por medio de correos electrónicos en el sitio web <http://www.psy.uva.nl/Interapy>, diseñado especialmente para los participantes que tuvieron su intervención en línea. En esta página se les proporcionó el material psico-educativo e instrucciones precisas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cómo se llevaría el proceso, además de llenar los test de inclusión, pre-test, pos-test y el seguimiento en línea. El estudio consistió en 10 sesiones escritas, de 45 minutos cada una y durante un periodo de 5 semanas. En cada sesión se escribía un ensayo relacionado con sus pensamientos más profundos, sentimientos y con el evento traumático y cada 2 ensayos los terapeutas le escribían a los participantes como proseguir en el siguiente ensayo (feedback). El estudio comparó la intervención por Internet "Interapy", con un grupo que asistió a una terapia presencial y con un grupo control que se quedó en lista de espera. En los resultados no hubo diferencias significativas entre la intervención psicológica convencional y la intervención por Internet.

El artículo de Winzelberg, Eppstein, Eldredge, Wilfley, Dasmahapatra, Dev & Taylor (2000), "*Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders*" (Efectividad de un Programa Basado en Internet para Reducir Factores de Riesgo por Desórdenes Alimenticios), comprueba la efectividad de la psicoterapia vía Internet en el ámbito de la prevención. Este estudio evalúa un programa asistido por computadora que se proporciona a través de Internet y es una extensión de un software llamado *Computer Assisted Health Education (CAHE)*. Tal programa es un software educativo para prevenir desórdenes alimenticios y mejorar la autoimagen de mujeres propensas a dicho desorden. La evolución de software consiste en entregar este programa a través de Internet y ofrecer apoyo psicológico por este mismo medio, aparte de llevar elementos de psicoterapia cognitivo-conductual. Las participantes fueron 60 mujeres de una universidad pública, asignadas azarosamente al grupo experimental (31 participantes) y al control (29 participantes). En los resultados, en un primer momento, no hubo diferencias significativas entre los grupos, pero en los 3 meses posteriores se encontraron diferencias significativas entre los grupos. El seguimiento comprobó que las mujeres del grupo experimental mejoraron su imagen corporal y decrecieron los impulsos a adelgazar. Este programa proporciona evidencia de la viabilidad y efectividad para proveer educación médica o psicológica a través de Internet.

Existen otros programas muy similares para prevenir desórdenes alimenticios por Internet, como el de Celio, Winzelberg, Wilfley, Eppstein-Herald, Springer, Dev & Taylor, (2000) nombrado: "*Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet and a classroom-delivered psychoeducational program*" (Reduciendo Factores de Riesgo por Desórdenes Alimenticios: Comparación de un Programa Psico-educacional Proporcionado en Clase y por Internet). Esta investigación demostró que un programa basado en Internet fue efectivo para reducir la imagen de insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y las conductas o actitudes compulsivas por comer en mujeres. La muestra del estudio fue de 76 mujeres estudiantes de una universidad privada, distribuidas en tres grupos: el grupo experimental (27 participantes) donde el programa fue proporcionado por Internet; el grupo psico-educativo (25 participantes) en el que el programa fue entregado en salón de clases; y un grupo control (24 participantes) que se quedó en una lista de espera. El grupo experimental tuvo 3 sesiones cara a cara; 2 para explicar el software y otra para tener un grupo de discusión acerca de la imagen corporal insatisfactoria.

El estudio duró 8 semanas (1 sesión por semana) proporcionando el mismo material en el grupo experimental y en el psico-educativo (lecturas académicas, lecturas sobre imagen corporal, nutrición, ejercicios, desórdenes alimenticios y ejercicios cognitivos-conductuales), sólo que las sesiones se realizaban por e-mail para el grupo

experimental y cara a cara para el otro grupo. Los resultados mostraron diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control y no mostrando efectos significativos entre el grupo psico-educacional y el control después del seguimiento de 4 meses. Por lo tanto Celio et al. (2000) sugiere que "una intervención por Internet, con un contacto cara a cara limitado, es mas efectivo en mejorar la imagen corporal y reducir actitudes y conductas trastornadas que una intervención puramente psico-educacional llevada personalmente" (p. 656).

Aunque la mayoría de los reportes publicados sobre la confianza de la psicoterapia vía Internet son de corte cognitivo-conductual, existen casos llevados satisfactoriamente por psicoanalistas, tal es el caso de Peg Burr (Sharpe, 2000), un psicoanalista que decidió atender a una señora de 43 años que padecía depresión profunda y que sólo podía controlarla auto-hiriéndose; chorreándose pegamento caliente sobre la piel, cortándose con un bisturí y quemándose con desarmadores que ella misma había calentado en su estufa, conductas que duraron 6 años. Esta depresión había surgido debido al abuso sexual que tuvo de pequeña por parte de un psicólogo, de ahí que no le fuera tan fácil verlos en persona, aún cuando ya tenía en su haber una hilera de psicólogos que no hicieron mucho por ella. Durante su "e-terapia" ella dejó de auto-torturarse en cuestión de semanas y en meses dejó de tener "flashbacks" de su abuso sexual. Ella se sintió mejor, de lo que no se había sentido en años.

El contacto con el psicólogo fue por medio del Internet, cuando ella tecleó en un buscador "consejeros", llevándola a la página web de Peg Burr. La "e-terapia" constó de 165 correos electrónicos (3 por semana), los cuales ella estudiaba frecuentemente cuando se sentía mal. Aunque hay que reconocer que era un caso difícil para una consulta por Internet y que muchos "e-psicólogos" la hubieran canalizado a una terapia convencional, la paciente agradeció que Burr tuviera el valor de atenderla, pues de lo contrario, tal vez nunca se hubiera adaptado (Sharpe, 2000).

El estudio de Ström, Pettersson y Andersson (2000), realizado en la Universidad de Uppsala en Suecia denominado "*Controlled Trial of Self-Help Treatment of Recurrent Headache Conducted via the Internet*" (Una Prueba Controlada de un Tratamiento de Autoayuda para Dolores de Cabeza Recurrentes Conducido Vía Internet), fue diseñado para evaluar los efectos de la relajación aplicada y el tratamiento para solucionar el problema de dolor de cabeza recurrente, implementado vía Internet y correo electrónico, es decir, un tratamiento de auto-ayuda por Internet. Un grupo de 102 pacientes, que sufrían dolores de cabeza, fueron divididos en 2 grupos: grupo de tratamiento por 6 semanas y grupo en lista de espera. Sin embargo, el 56% de las personas abandonó el tratamiento, quedando sólo 20 participantes en el grupo de tratamiento y 25 en la lista de espera. Las instrucciones para llevar a cabo las técnicas de relajación y material psico-educativo fueron proporcionadas a través de la página web diseñada para el estudio, por e-mail. Durante el estudio existió un contacto mínimo con el terapeuta, sólo para comentarios o dudas de los participantes acerca del entrenamiento, registros o de sus problemas con el dolor de cabeza. Los resultados demostraron reducción estadísticamente significativa en los dolores de cabeza de los participantes, pero también el abandono al tratamiento fue considerable, pues según Ström, la auto-ayuda agota mucho al paciente y prefiere retirarse. Simultáneamente, el estudio comprobó que el costo-beneficio del tratamiento por Internet es alto, porque el contacto con el terapeuta es mínimo y los resultados significativamente efectivos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

concluyendo que la Internet tiene el potencial de servir como un complemento en los tratamientos de dolor de cabeza recurrentes.

Otro estudio realizado en la Universidad de Haifa en Israel, conducido por Barak (1999), llamado *"Empirical Evaluation of Brief Group Therapy Conducted in an Internet Chat Room"* (Evaluación Empírica de un Grupo de Terapia Breve Conducida en un Cuarto de Chat por Internet) muestra la comparación entre un grupo de terapia breve, compuesto por 6 integrantes conducido a través de un cuarto de chat por Internet y otro grupo conducido persona a persona de 9 integrantes. La intervención, para ambos grupos fue dinámicamente conducida y constó de siete sesiones de 90 minutos cada una, una vez por semana. Estos grupos a su vez fueron comparados con un grupo control sin tratamiento. En este caso, a diferencia de los otros, la distribución de los integrantes de cada grupo no fue al azar, sino que a cada participante se le asignó al grupo de su preferencia, a excepción del grupo control, pues el autor prefirió sacrificar esta variable que a un daño a los participantes. Los terapeutas, por su parte no estaban informados de la comparación entre grupos, para evitar contaminación a la hora de la intervención y de los resultados, poniendo límite al análisis estadístico por la asignación no azarosa y el reducido tiempo de intervención. Pero aún así, en los resultados se observó que en los dos grupos hubo una pequeña mejora estadísticamente no significativa en los participantes, en cuestión de autoestima, relaciones sociales y sentimiento de bienestar, aunque el grupo virtual mostró un poco más de mejora. También los dos grupos manifestaron la misma cohesividad, expresión de sentimientos, independencia, orden y organización, excepto que en el grupo virtual se expuso más la agresión por parte de los participantes, así como el apoyo y control del terapeuta.

Por su parte, Cohen y Kerr (1998) realizaron un estudio por medio de interacción sincrónica, al que denominaron *"Computer-Mediated Counseling: An Empirical Study of a New Mental Health Treatment"* (Consejo Mediante Computadora: Un Estudio Empírico de un Nuevo Tratamiento para la Salud Mental). En este estudio se comparó el impacto del asesoramiento que se dio a través de Internet a base de texto escrito por computadora en tiempo real y una asesoría cara a cara para personas que padecían de ansiedad. También se compararon las actitudes de los participantes hacia cada tipo de intervención. Al contrario del estudio anterior, a los participantes se les asignó azarosamente a cada tipo de intervención y los niveles de ansiedad fueron medidos antes y después de cada sesión. El estudio se llevó a cabo con 24 estudiantes de una universidad al Suroeste de los E.U. Los mismos estudiantes consideraban necesitar ayuda para tratar su ansiedad y estos fueron integrados al estudio. Los asesores fueron 6 estudiantes (hombres) graduados en consejo psicológico en la Universidad y demostraron sus habilidades para poder comunicarse fluida y claramente a través de la computadora en tiempo real (chat). Las sesiones fueron divididas en tres partes para ambos casos: presentación e introducción, exploración y discusión sobre las posibles soluciones de su problema. Dentro de los resultados se observó un decremento de la ansiedad después de las sesiones, sin importar el medio por el que se impartió el asesoramiento, tampoco se encontraron diferencias en la profundidad, fluidez y seguridad dentro de los dos grupos y, además, tampoco hubo diferencias significativas entre la habilidad, atracción y veracidad de los grupos.

L'Abate (1991) y Lange et al. (2000) basan la efectividad de la terapia vía Internet sobre las propiedades terapéuticas del escribir, las cuales se han comprobado en diversos estudios. Sempsey (s/f) menciona que hasta los entornos MUDs tienen esa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ayuda terapéutica, ya que los participantes se la pasan chateando y creando sus propias aventuras, llegando a reportar sentirse mejor, pues muchas veces en estos entornos se pueden expresar como realmente son y conocerse. De hecho el mismo Lange et al. (2000, p. 177) menciona que "el escribir las preocupaciones o experiencias traumáticas puede ser tan benéfico, para personas sanas, como una terapia cara a cara regular".

Otro atributo, por el que Lange et al. (2000) menciona que es efectiva la psicoterapia vía Internet, es la sensación de anonimato que presentan las personas, aún sabiendo que están completamente identificadas, es decir, la sensación de anonimato perdura aún cuando se proporcionan todos los datos personales, atribuyéndonos las propiedades del anonimato. Además, un buen número de gente prefiere revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos a una computadora que a una persona (Childress, 1998; Erdman, Klein y Greist, 1985; Wallace, 2001), pues no tienen la intimidante presencia del terapeuta u otra persona (Grosskurth, 1991, citado en Pergament, 1998).

El Internet en sí, permite el anonimato en las interacciones, lo cual hace que la comunicación por vía electrónica tenga una característica que la diferencia de la que se puede dar en la vida real, que es la desinhibición: que consiste en una pérdida del pudor y del miedo a expresarse libremente, lo cual provee a la persona de un sentimiento de protección y libertad al mismo tiempo (Greenfield, 1999). Esto conduce al usuario a exponer en menos tiempo sus sentimientos más profundos o temas delicados, bajando más sus defensas y alcanzando rápidamente el material terapéutico que nos puede servir para la rehabilitación o cura del paciente (Cohen & Kerr, 1998).

Como se puede observar la mayoría de los estudios realizados por Internet son para problemas o antecedentes (en algunos casos) específicos, dando a entender que hasta ahora no es para toda la gente (Cohen & Kerr, 1998; Lange et al., 2000), pero los autores de los estudios no tienen duda de que son mejores que la ausencia de psicoterapia (Celio et al. 2000; Lange et al. 2000; Reed, McLaughlin & Miholland, 2000; Sharpe, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VI

TELEHEALTH (TELESALUD)

“La revolución informática
sigue su camino, no
dejes que te derribe”
(King, 1995)

1. Orígenes de la Telesalud

La mayoría de los proveedores de este servicio no están inconscientes de que la telesalud había sido usada para proveer servicios de cuidados físicos y mentales por hace más de 35 años (Nickelson, 1998).

Según Martí (2001) fue Willem Einthoven, un maestro de la técnica física, quien sentó los principios para unir la medicina y las telecomunicaciones. Tomando como base el oscilógrafo, instrumento destinado a calcular el suministro de energía industrial, desarrollo el galvanómetro de cuerda, capaz de registrar los potenciales eléctricos que se generan en cada contracción cardiaca. El galvanómetro tenía incorporado un filamento de cuarzo; sus oscilaciones se transmitían a una pluma cuyos movimientos eran registrados en un papel fotográfico. El resultado permitía el registro gráfico de los latidos del corazón.

Un antiguo maestro de Einthoven, el Dr. Bosscha, propuso conectar el laboratorio de su alumno, distante a 1.5 kms., al hospital donde Bosscha trabajaba, utilizando para la transmisión de la señal eléctrica del galvanómetro, nada menos que una línea telefónica. Ambos, maestro y alumno ignoraban que se habían convertido en los padres de la telemedicina, es decir, la transmisión de información médica y la prestación de servicios de salud a través de redes de telecomunicación.

A mediados del siglo XX, Norman Jefferis Holter, inicio la exploración de los parámetros biológicos sin tocar al hombre. Sus experimentos culminaron exitosamente cuando consiguió recibir, vía radio el electrocardiograma de personas que andaban por la calle a considerable distancia de la estación receptora (Martí, 2001).

En 1959 la Universidad de Nebraska, en la escuela de Medicina, empezó a experimentar con un circuito cerrado de televisión, proporcionando servicios psiquiátricos y de salud entre el Instituto de Psiquiatría de Nebraska y el Hospital Estatal de Norfolk. Desde entonces, hasta mediados de los 70s, con financiamiento federal y asistencia técnica, un número de proyectos rurales y urbanos fueron desarrollados, confiando en satélites o conexiones de video dedicadas para remplazar los servicios médicos. Sin embargo a finales de los 70s, el alto costo de estos sistemas, así como problemas para encontrar proveedores para integrar la tecnología dentro de sus modelos de práctica, forzaron a la mayoría de ellos a dejar estos proyectos y venirse abajo (Bashur, 1997; Dwyer, 1973, citados en Nickelson, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro de los primeros experimentos llevados a cabo con telemedicina, se remonta a la época de los sesenta, cuando se utilizaron comunicaciones de video y sonido con fines médicos en las misiones espaciales tanto de los Estados Unidos como de la entonces Unión Soviética. Se inauguraba así, una nueva etapa tecnológica, en la que un medio audiovisual acercaba a profesionales alejados físicamente, permitiéndoles una discusión interactiva que mejorara el diagnóstico y facilitara la terapia más adecuada (Martí, 2001).

A finales de la década de los ochentas, instituciones militares y correccionales empezaron a experimentar con sistemas de telesalud. Muchos de estos sistemas fueron diseñados para reunir específicas necesidades en ambientes donde el transportar pacientes a especialistas sería costoso y complejo, siendo esta la opción más idónea. Como los costos de esta tecnología decrecieron y estos sistemas empezaron a depender de los equipos comerciales disponibles, agencias federales y estatales se hicieron responsables de proveer servicios de salud a través de amplias regiones geográficas y empezaron a experimentar con pequeños sistemas de telesalud (Dongier, Tempier, Lalinec-Michaud, & Meunier, 1986 citados en Nickelson, 1998).

A principios de los noventa, el público estadounidense creció interesado en la Internet y el gobierno federal respondió desarrollando un plan, para una red nacional de informática y telecomunicaciones, o mejor dicho, la supercarretera de la información. Al mismo tiempo la reforma nacional de cuidados de salud, empezó a debatir y las soluciones legislativas para la regulación de los cuidados de salud comenzaron a aparecer (Nickelson, 1998).

La Telerradiología es una aplicación real de la telemedicina, ésta es la transmisión de imágenes radiológicas de un lugar a otro a través de redes de comunicación; las imágenes de los pacientes son codificadas electrónicamente en un formato digital y enviadas posteriormente por medio de un sistema de comunicaciones. También se pueden transmitir imágenes médicas por Internet pero muy limitadamente. Y en la actualidad, existe solo en algunos países la Computerized Patient Record (C.P.R.) o historia clínica digital del paciente, consultada por computadora para ciertos hospitales (Martí, 2001).

Ahora, según Arthur D. Little (1992, citado en Nickelson, 1998), el conectar y telecomunicar todos los servicios de salud por computadora, podría traer un ahorro de 36 billones de dólares, algo realmente difícil o utópico, tomando en cuenta que los posibles ataques ciberespaciales (virus), que están muy de moda, pueden ser peor y a la larga salir más caro el reponer lo dañado por éstos. Pero aún así, los avances de la telemedicina continúan.

2. Definiciones de la Telesalud.

A la fecha, al igual que en la psicoterapia por Internet, no se ha llegado a un acuerdo o concepto final de esta disciplina.

Nickelson (1998) definió a la *telehealth* o telesalud como: "El uso de las telecomunicaciones y la información tecnológica para tener acceso a evaluación de salud, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, educación e información a través

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la distancia” y también puntualizó *Behavioral telehealth* o telesalud del comportamiento como: “la simple aplicación de esta misma tecnología para proveer servicios de salud comportamental o de conducta” (p. 527). Esta definición reconoce que los sistemas de telesalud, deben servir múltiples funciones para ser clínica y administrativamente rentables.

La Telesalud, fue el resultado de las limitaciones geográficas para proveer información y servicios de salud tradicional y especializada a las personas que no tuvieron la posibilidad de tener un encuentro cara a cara con el proveedor de servicios de salud, así como para abordar el problema de la gran demanda de servicios de salud.

Según Nickelson (1998), este es el concepto más idóneo para definir los servicios de salud a través de la distancia, que los utilizados anteriormente.

Antes de tomar el concepto de Telesalud, este tipo de servicio se conocía como telemedicina. La National Institute of Medicine (IOM), definió la telemedicina como: “el uso de información electrónica y tecnologías de la comunicación para proveer y apoyar cuidados de salud cuando la distancia separaba a los participantes” (Institute of Medicine, 1996, p. 16, citado en Nickelson, 1998, p. 528), y La Federal Joint Working Group on Telemedicine (JWGT), la definió como: “el uso de información y tecnología electrónica para proveer cuidados clínicos” (U.S. Department of Commerce, 1997, p.1, citado en Nickelson, 1998, p. 528). Y para Nickelson (1998), estos términos pasaron de moda y de ser funcionales, ya que, según él, estos conceptos son muy generales, vagos y confusos.

Nickelson (1998) menciona que su definición es favorable, porque ésta no define a la telesalud como algo nuevo. La telesalud es una palabra que designa a una simple herramienta que con sus apropiadas adaptaciones y limitaciones, hace más fácil la practicar de las habilidades profesionales a través de la distancia, sirviendo así, tanto a organizaciones como a individuos que no tienen acceso a servicios de salud cara a cara.

Aunque el autor de esta definición esta a favor de este tipo de tecnología e intervención, menciona que la telesalud del comportamiento no es simplemente el trasladar las habilidades de un psicólogo a las telecomunicaciones, sino que se trata de investigar más a fondo el tema e impulsar, tanto la tecnología como su práctica y establecer los valores profesionales para su práctica.

3. La Telesalud en México

La Telesalud en México es una nueva disciplina, y afortunadamente ya existen instituciones que la aplican, tal es el ejemplo del ISSTE, que emplea la telemedicina para realizar teleconsultas con su unidad médica en Reynosa. Y la Secretaría de Salud cuenta con un plan para enlazar algunas cabeceras municipales con hospitales. Sin embargo, el doctor Sergio Galán (Sánchez, 2001) opina que esto no es suficiente y menciona que lo que hace falta es que en México, la realidad virtual, inteligencia artificial y la telemedicina, se agrupen en un solo concepto, el de Informática Médica, ya que estas partes están aisladas, esto para que se estudie y aprenda todo esto en un solo lugar.

Aunque el Dr. Galán define la informática médica como una nueva disciplina dentro del campo de la biomedicina que mezcla conocimientos tecnológicos de alto nivel para aprovechamiento de la aplicación clínica, también se puede llevar este tipo de tecnología al área social, como la cura de fobias por medio de la realidad virtual y consejería a través de Internet.

Algunas situaciones que limitan el uso de la Informática Médica, indica, son el poco conocimiento que existe de la disciplina y el cambio de cultura que implica entre las generaciones de médicos más experimentados. Galán menciona que: "primero hay que enseñar a los médicos para que se acostumbren a ver un monitor y hacer un diagnóstico, un médico nuevo trae esa cultura, pero hay que hacer un cambio con los más grandes, los médicos de más de 40 años no usan la computadora" (Sánchez, 2001, p. 1a), y también menciona que esta disciplina, es una de las que más futuro tiene en el área profesional en México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII

CONDICIONES ÉTICAS EN LOS SERVICIOS DE PSICOTERAPIA VÍA INTERNET.

1. "Diez principios interdisciplinarios para la práctica profesional en Telesalud: Implicaciones para la Psicología."^ψ

Un grupo interdisciplinario conformado por Reed, McLaughlin y Miholland (2000) desarrollaron las siguientes normas para la práctica profesional de la telesalud, en especial dirigidas a la psicología a través de Internet.

La telesalud se ha definido como el removimiento de las barreras de tiempo-distancia para proveer servicios de salud o de actividades relacionadas a ésta (Millholland, 1997, citado en Reed, McLaughlin & Miholland, 2000). Nickelson (1998) creó una definición más explícita de la telesalud como "el uso de las telecomunicaciones y la información tecnológica, para proveer el acceso a diagnósticos, intervención, consulta, supervisión, educación e información a distancia" (p. 527). Las tecnologías de Telesalud son aplicaciones que usan una gran variedad de profesionales en el ramo, para ofrecer un amplio rango de servicios que incluyen monitoreos iniciales, exámenes diagnósticos, consultas e intervenciones a corto plazo (DeLeon, 1997; Glueckauf et al., 1999, citados en Reed et al., 2000).

Aunque algunas de las tecnologías usadas hoy día en telesalud son nuevas, es importante recordar que los profesionales de la salud han estado usando algunas formas de este concepto de consultoría por muchos años. Un psicólogo que le da al paciente un número telefónico de soporte para sus crisis, está utilizando un modo de Telesalud. De hecho, el teléfono se ha convertido, en un modo estándar de comunicación para llevar a cabo entrevistas de exploración, sesiones de seguimiento y asistencia en crisis (Haas, Benedict, & Kobos, 1996, citados en Reed et al., 2000). De tal suerte, la telesalud no es una forma nueva de práctica, ni un dominio en el que no se aplica ninguna regla. Más bien, el término telesalud se refiere al uso de herramientas tecnológicas que pueden estar incorporadas, con sus limitaciones y facilidades propias, a las varias formas de cuidado de la salud, incluyendo la práctica profesional de la psicología.

Como toda tecnología, la telesalud no es ni buena ni mala inherentemente y puede ser usada para múltiples fines. Aunque los servicios de telesalud son requeridos frecuentemente como vías de expansión del cuidado de la salud, particularmente entre las comunidades rurales y otras poblaciones desprotegidas, la telesalud puede tener acceso restringido igualmente. Por ejemplo, los sistemas de asistencia de salud organizados los usan comúnmente en prioridades de selección de pacientes y tratamientos por medio de algoritmos computarizados como un prerrequisito para un tratamiento médico, con penas económicas hacia los miembros que busquen atención médica directa. Las tecnologías de telesalud se pueden usar para el sostenimiento de la calidad de los servicios de la salud o en los recortes financieros que este servicio

^ψ Se aclara que este capítulo es una traducción del autor de la tesis, del artículo de Reed y cols. (2000) denominado "Ten Interdisciplinary Principles for Professional Practice in Telehealth: Implications for Psychology" debido a su importancia mundial en la psicoterapia por Internet.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

conlleva. Pueden extenderse y focalizar la relación cliente-practicante o a contribuir a la fragmentación de ésta. La tecnología de telesalud se puede usar para que los proveedores de servicios y sus pacientes exploten al máximo este modo de atención.

Comúnmente, el desarrollo e implementación de la tecnología de telesalud se maneja partiendo primordialmente de intereses de mercado. Si la tecnología conduce a las aplicaciones de consumo y sistemas de desarrollo en lugar que la tecnología sea una respuesta real a las demandas de atención salud, el resultado puede ser muy costoso y derivar en sistemas que no proporcionan una atención de la salud mejor y efectiva (Newman, 1998, citado en Reed et al., 2000).

Para evaluar los intereses comerciales que actualmente predominan, los profesionales de la salud y los consumidores de ésta, deben unir sus protestas abiertamente. Las herramientas tecnológicas involucradas en la telesalud deben aplicarse y evaluarse a la luz de parámetros ya existentes y códigos de valor de los practicantes de la salud. La posición de Reed, McLaughlin y Miholland, es aquella en la que las profesiones de la salud, no las agencias gubernamentales, sistemas de servicios médicos o mercaderes de la tecnología, deben asumir la responsabilidad fundamental para esta evaluación y para cualquier interpretación y extensión de sus propias políticas necesarias para su aplicación a la telesalud.

Sin embargo, hasta el momento, los clamores de los profesionales han sido muy débiles. Suponemos que la falta de influencia de estos profesionales en el desarrollo de tecnologías y sus políticas, son lo que provoca la fragmentación entre las profesiones. Esto hace que se vean entre sí como competidores en lugar de colaboradores, aun en circunstancias en las que todos los intereses de la profesión médica deberían erigirse conjuntamente. Aunque todos los profesionales de la salud tienen parámetros medularmente semejantes, diferencias en el lenguaje utilizado para describir estos estándares impiden la comunicación. En lugar de coincidir en estrategias integradoras y sus prioridades, nos aproximamos más a la legislación y la política jurídica con las que surgen más demandas y prioridades diferentes. Esto confunde a los legisladores y juristas y mina la efectividad. Nos deja vulnerables también a la imagen que representamos, solamente porque los intereses del gremio son más prioritarios que aquellos de los pacientes.

Los principios interdisciplinarios que se elaboran en este artículo se desarrollaron en respuesta al ambiente de políticas que circundaban a la telesalud. Un factor importante en política federal en esta área es el Grupo de Trabajo Conjunto en Telemedicina (Joint Working Group on Telemedicine, JWGT), convocado en 1995 por la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Nickelson, 1996, citado en Reed et al., 2000). Originalmente administrada por la Oficina de Política Rural de Salud, la JWGT tiene la coordinación actualmente de la Oficina para el Avance en la Telesalud, creada en 1998. La JWGT es un grupo *ad hoc* de representantes de agencias federales, departamentos, programas con actividades en telesalud significativas que comparten información y datos, y proveen recomendaciones de acuerdo a la política federal de salud. Los encuentros de la JWGT están abiertos al público general y asisten también representantes de varias profesiones de salud, incluyendo a la American Psychological Association (APA).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1997, al considerar el Congreso la autorización de normatividades de atención médica con el apoyo financiero de la telesalud, la JWGT tomó en su atención la necesidad de estándares clínicos para la práctica en esta área. En respuesta a estos planes, 41 representantes de diferentes asociaciones profesionales y organizaciones de atención médica se reunieron bajo los auspicios de la American Nurses Association en Mayo 13 de 1997. Los concurrentes suponían que los estándares clínicos deberían estar bajo la jurisdicción de los profesionales de la salud y no del gobierno federal pero también estaban conscientes que la JWGT tenía influencia en las políticas legislativas y regulatorias federales en esa área. Estos representantes comisionaron a un Grupo de Trabajo para Estándares en Telesalud co-dirigido por Geoffrey M. Reed y Kathleen Millholland (Christopher J. McLaughlin estaba solo como miembro). Este grupo tomó el liderazgo del área e identificaron principios y estándares básicos apropiados para la práctica de la atención profesional en salud.

Este grupo identificó cinco razones de fuerza para la colaboración interdisciplinaria. Primero, la razón más básica es proteger a los clientes que recién concurren a estos servicios. La protección de estos pacientes ha sido siempre la medula en las responsabilidades de los profesionales de la salud. Segundo, parecía que los profesionales de estas áreas podrían participar más significativamente en el desarrollo de políticas de telesalud y en consecuencia otorgar a los clientes mejores servicios haciendo que todas las profesiones pudieran unificar sus voces y no trabajar separadamente en el momento de ofrecer sus propuestas y conceptos.

La tercera razón es el avance del desarrollo tecnológico y su cambio. Estas tecnologías en telesalud no solo han evolucionado técnicamente como instrumentos de apoyo para proveer servicios de salud, sino que en muchos casos pueden cambiar en muchas formas y circunstancias la naturaleza de sus servicios. Por ejemplo, en la American Academy of Radiology están preocupados por la transmisión electrónica de imágenes; muchas organizaciones de enfermeros consideran preocupante este sistema de protocolos a distancia por medio de teléfono y el campo de la psicología parece que es el más involucrado en el asunto del uso de tecnología interactiva de video para la intervención y apoyo psicológico. Debido a que las tecnologías en telesalud están desarrollándose vertiginosamente cada profesión debe atender sus propios aspectos relevantes para su propia práctica. En este sentido el grupo de trabajo consideró que la colaboración interdisciplinaria ayudaría a asegurar las transformaciones de políticas y sus aplicaciones de manera óptima.

Cuarto punto, los profesionales de la salud de todo tipo han estado buscando guías y apoyo de sus propias asociaciones y departamentos, considerando la posibilidad de incorporar tecnologías en telesalud y sus prácticas. En la actualidad, este tema no es vital en las discusiones o códigos éticos de los profesionales, ni en sus prácticas y estándares. Un acuerdo que considere estos planteamientos fundamentales, en todas las disciplinas, se ha considerado como pilar fundamental para los practicantes en activo.

Finalmente, el grupo de trabajo consideró el riesgo que se corre al permitir que la tecnología sea la directriz del desarrollo de la telemedicina, lo que Baschur (1997, citado en Reed et al., 2000) llamó "la solución que busca problemas" (p.114). Las profesiones de la salud tienden a estimular el desarrollo de sistemas que respondan a demandas clínicas reales, dado el caso que las varias disciplinas que intervienen lleguen a consenso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El grupo de trabajo concluyó que los principios que ellos desarrollaron podrían ser usados como fundamentos o bases para el desarrollo de políticas más específicas en profesiones también más específicas. En la opinión de Reed, McLaughlin y Miholland, es de particular importancia para la psicología, que dichas políticas se desarrollen, ya que los servicios de salud mental son los más frecuentemente requeridos en las actividades de telesalud (American Medical Association, 1997, citada en Reed et al., 2000). Esto es hasta el punto que los esfuerzos de diferentes profesiones, incluyendo la psicología, se basan en acuerdos interdisciplinarios que consideran principios básicos; así las políticas resultantes van a ser más compatibles conceptualmente y por tanto, más efectivas. Las siguientes secciones muestran una versión revisada de los Principios Fundamentales desarrollados por el grupo interdisciplinario (Interdisciplinary Telehealth Standards Working Group, 1999), con consideraciones específicas acerca de las implicaciones de estos principios para los profesionales de la psicología.

Principios fundamentales para la práctica de la telesalud.

Los principios fundamentales transcritos a continuación son un intento por proteger a los clientes-pacientes que reciben estos servicios. Provee de bases generales para diferentes profesionales de la salud y también una base para desarrollos posteriores de estándares clínicos y sanitarios, así como de lineamientos para la práctica de la telesalud, de acuerdo a los supuestos de lo que es la manera más correcta de su práctica.

Diez principios interdisciplinarios para la práctica profesional de la Telesalud.

- Principio 1. Los estándares básicos de conducta profesional que gobierna cada profesión de salud no se alteran por el uso de las tecnologías que se necesitan en el servicio de telesalud, para la investigación de conducta o al proveer educación. Desarrollados por cada profesión, estos estándares se concentran particularmente en la responsabilidad del practicante que provee atención y ética de alta calidad.
- Principio 2. Confidencialidad de los pacientes, de sus expedientes y la integridad de la información, en el sistema de cuidado médico es esencial.
- Principio 3. Todos los clientes involucrados en telesalud deberán ser informados de los procedimientos, sus riesgos y beneficios, de sus derechos y obligaciones. Y deben proveer un adecuado informe de consentimiento.
- Principio 4. Los servicios dados a través de telesalud deben suscribirse a la norma básica de calidad y cuidados de la salud, de acuerdo a los parámetros de cada disciplina médica.
- Principio 5. Cada disciplina médica deberá examinar los modos en que sus parámetros de atención se afectan al usar el sistema de telesalud y son responsables de desarrollar sus propios medios y procedimientos para asegurar la competencia de los servicios que se provean vía telesalud.
- Principio 6. La documentación requerida para proveer de estos servicios deberá desarrollarse de manera que los clientes tengan acceso a ella y que

incluyan recomendaciones y tratamientos, que la comunicación con los proveedores de salud sea apropiada y que se respeten los protocolos de confidencialidad de cada paciente.

- Principio 7. Los lineamientos clínicos en telesalud deberán establecerse sobre la base de la evidencia empírica cuando se disponga de ella, y del consenso profesional con las disciplinas que intervengan en cada caso.
- Principio 8. La integridad y el valor terapéutico de la relación entre proveedor de salud y paciente, deberá mantenerse y no diseminarse por el uso de la tecnología de telesalud.
- Principio 9. Los profesionales de la salud no requerirán de licencias adicionales para proveer de estos servicios via telesalud. Al mismo tiempo, estas tecnologías no podrán usarse como vehículo para otorgar servicios que no estén legalmente autorizados o que sean ilegales.
- Principio 10. La seguridad de los pacientes y los practicantes de salud deberá estar plenamente garantizada. El hardware y software combinados con el uso profesional de los mismos, son elementos necesarios para la práctica de la telesalud.

A continuación se repasará cada principio de una forma más clara.

Principio 1: Los estándares básicos de conducta profesional que gobierna cada profesión de salud no se alteran por el uso de las tecnologías que se necesitan en el servicio de telesalud, para la investigación de conducta o al proveer educación. Desarrollados por cada profesión, estos estándares se concentran particularmente en la responsabilidad del practicante que provee atención y ética de alta calidad.

Los estándares profesionales y sus protocolos como el “Ethical Principle of Psychologists and Code of Conduct” de la APA (APA. Ethics Code, 1992) o el “Código Ético del Psicólogo” de la Sociedad Mexicana de Psicología (2002), son estatutos obligatorios de los proveedores de salud, que describen los valores y responsabilidades que sus miembros tienen. En combinación con las licencias legales de cada estado, que se basan a menudo en estos estándares, sirven para proteger al público. Los estándares de conducta profesional permanecen relativamente estables al paso del tiempo, ya que reflejan los principios filosóficos relevantes de cada profesión, más que ser artículos de situaciones específicas de la práctica. En casos excepcionales, las tecnologías en desarrollo podrán requerir cambios o adiciones para estandarizar la conducta profesional, pero estos estándares no cambian meramente por el hecho que nuevas tecnologías o modos de tratamiento dificulten los encuentros con el paciente.

El Comité Ético de la APA ha realizado revisiones preliminares de su Código Ético para determinar su relevancia en la práctica a través del uso de las tecnologías de telesalud. Y a partir de estas revisiones, el Comité Ético del APA publicó un documento el 5 de noviembre de 1997, basado en un comunicado anterior en 1995, sobre la entrega de servicios psicológicos a través de los medios de comunicación como el teléfono, la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

teleconferencia e Internet llamado: "Services by Telephone, Teleconferencing, and Internet" (APA Ethics Committee, 1998) que dice:

"El Comité Ético sólo puede dirigir la relevancia de los "Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta" y hacerlos cumplir, y no puede opinar sobre si hay otros lineamientos que se apliquen como guías. El Código Ético no especifica nada en relación con la terapia por teléfono, teleconferencia o cualquier otro servicio electrónico, y por ende no posee reglas que prohíban este tipo de intervención. Y las quejas con relación a dichos temas se abarcarán según cada caso.

La distribución de servicios por tales medios, como el teléfono, teleconferencia y la Internet es un área que esta evolucionando rápidamente. Esto va a ser el tema de las fuerzas de tarea del APA y también va a ser considerado en una futura revisión del Código Ético. Pero hasta que llegue el momento que podamos disponer de un juicio más definitivo, el comité ético recomienda que los psicólogos acaten las siguientes normas:

1.04c. Límites de la competencia. La cual indica que: "en aquellas áreas emergentes en las que no existan todavía normas generalmente reconocidas para la formación preparatoria, no obstante los psicólogos toman las medidas razonables para asegurar la competencia de su trabajo y para proteger de daño a pacientes, clientes, estudiantes, participantes en investigaciones y otros". Otras normas relevantes incluyen la evaluación, valoración o intervención (normas 2.01 - 2.10), Terapia (4.01 - 4.09 especialmente la 4.01 Estructura de la Relación, y la 4.02 Consentimiento Informado a la Terapia) y Confidencialidad (5.01 - 5.11). Dentro de la sección de normas generales, las normas con particular relevancia son la 1.03, Relaciones Científicas y Profesionales; 1.04 (a, b y c), Límites de la Competencia; 1.06, Bases para los Juicios Científicos y Profesionales; 1.07, Descripción de la Naturaleza y Resultados de los Servicios Psicológico; 1.14, Evitación de Daño; y 1.25, Honorarios y Arreglos Financieros. Publicidad y otras Declaraciones Públicas, particularmente 3.01-3.03 que también son importantes.

Los psicólogos consideran que en tales servicios, deben ser revisadas las características de éstos, su método y la provisión de confidencialidad. Entonces, los psicólogos deben considerar lo referente a las normas éticas y otros requerimientos, tales como la autorización de estas".

(ver anexo 4 para consultar el comunicado original, obtenido en <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>)

Los parámetros de conducta profesional, como los del Código Ético de la APA, tienen la intención de generalizarse y es improbable que cambien simplemente por un resultado del desarrollo de la tecnología en telesalud. Sin embargo, las profesiones de la salud, incluyendo la psicología, pueden verse en la necesidad de desarrollar interpretaciones propias a estos estándares de conducta, según se apliquen a los servicios de telesalud y que miembros capacitados en el ramo puedan ofrecer. Hasta que dichos lineamientos surjan, los psicólogos que deseen proveer estos servicios por medio de las teletecnologías deberán revisar las secciones del Código de la APA en los incisos anteriormente enunciados, y en consecuencia, reconsiderar el tipo de servicios que quieran prestar. El practicante de la salud deberá confiar en que los servicios prestados por medio de estas tecnologías, cubran todos los parámetros y requisitos que se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

recomiendan para la atención personalizada en consultorio y deberán ser capaces de articular las justificaciones pertinentes para estas conclusiones. Si los parámetros no se pueden aplicar fácilmente, o son de bajo perfil de lo que se espera en consulta real, los prestadores del servicio deberán reconsiderar su actividad. Deberán estar concientes de la legislación sobre psicología y cualquier regulación específicamente relacionada a los servicios de telesalud, como en los estados de licencia de cada estado, para así asegurarse que los prestadores de servicios están plenamente autorizados para desarrollar su actividad.

Principio 2: Confidencialidad de los pacientes, de sus expedientes y la integridad de la información, en el sistema de cuidado médico es esencial.

Un parámetro de la conducta profesional que es común a todos los trabajadores de la salud, es la responsabilidad de proteger la confidencialidad del paciente. Debido a la naturaleza particularmente sensible de los registros de salud mental, este artículo es de vital importancia para los psicólogos. La Norma 5 del Código Ético del APA (privacidad y confidencialidad) describe las obligaciones de los psicólogos en esta área, que no varía con el uso de las teletecnologías.

El correo electrónico, la transmisión de datos vía Internet, registros médicos electrónicos y videoconferencias interactivas, imponen retos complejos a los psicólogos. Por ejemplo, durante una videoconferencia interactiva, debe ser difícil para un psicólogo determinar si un paciente está verdaderamente solo, ya que algún miembro de la familia u otra persona puede estar fuera de rango de la cámara. Esto puede ser de vital importancia en el tratamiento de infantes y adolescentes. Los compañeros o niños pueden interrumpir la comunicación, escuchar la conversación, o intentar tener acceso a los registros de video de la computadora. El asegurar las transmisiones de datos es un reto a enfrentar. Aunque la encriptación de datos se mejora en su tecnología, la posibilidad de que la información transmitida vía e-mail o Internet sea interceptada por alguien más, es una amenaza constante. Por ello es de suma importancia trabajar en conjunto con los desarrolladores de software y así mantener las exigencias que nos incumben.

Principio 3: Todos los clientes involucrados en telesalud deberán ser informados de los procedimientos, sus riesgos y beneficios, de sus derechos y obligaciones. Y deben proveer un adecuado informe de consentimiento.

Todas las profesiones de la salud tienen estándares de conducta profesional relacionadas a los parámetros de relaciones de tratamiento entre el proveedor del servicio y los pacientes, así como su consentimiento previo. Debido a la naturaleza particular de la relación de tratamientos y de la vulnerabilidad de la población con la que se trabaja, este es un punto importante para los psicólogos. Los estándares 4.01 (Estructuración de la relación) y 4.02 (Consentimiento informado a la terapia) de la APA, tratan sobre las responsabilidades de los prestadores de servicio al momento de estructurar la relación terapéutica y la obtención del consentimiento por escrito por parte del paciente-cliente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los practicantes de la salud deberán aclarar plenamente el tipo de servicio que proveen y los tipos de relaciones que ofrecen a sus clientes cuando se usa la telesalud. Si se provee de un servicio educativo, el proveedor deberá aclarar plenamente este asunto, haciendo hincapié en el hecho que la información que se dé no es una psicoterapia en sí. Si se presta un servicio psicológico, el proveedor es responsable de asegurar los estándares 4.01 y 4.02 en cada caso particular, así como si fuera un encuentro persona a persona.

Principio 4: Los servicios dados a través de telesalud, deben suscribirse a la norma básica de calidad y cuidados de la salud de acuerdo a los parámetros de cada disciplina médica.

El grupo de trabajo estuvo de acuerdo al acuñar el término "normas clínicas" para referirse a las afirmaciones o consideraciones acerca del conocimiento permanente, las habilidades y la competencia requeridas por los prestadores de servicios en telesalud en cada una de las profesiones. Las normas clínicas focalizan la atención en la aplicación del conocimiento didáctico, en la forma de habilidades clínicas en simulaciones de atención a pacientes. Esto es, algunas profesiones de la salud, incluyendo la enfermería, tienen descripciones conductuales específicas acerca de las responsabilidades y actividades que se espera de sus miembros en situaciones clínicas específicas. La psicología no ha emitido parámetros semejantes de una manera tan explícita, en parte debido a la naturaleza y variabilidad del trabajo, pues eso hace imposible la creación de descripciones de tal nivel de especificidad que pudieran aplicarse a un rango entero de roles y situaciones clínicas. La "General Guidelines for Providers of Psychological Services" de la APA (1987), contienen recomendaciones para psicólogos considerando varios aspectos de su conducta general, sin embargo no están tan detallados o dirigidos como los estándares clínicos para otras profesiones afines. Sin embargo, las normas clínicas están siempre implícitas en los requerimientos de los programas educativos, las prácticas y sus internados, exámenes de grado y otros procedimientos de certificación como los establecidos por la American Board of Professional Psychology.

Al paso del tiempo, la base del conocimiento, el conjunto de habilidades y la pericia necesarias para la práctica de la telesalud pueden desarrollarse al punto que pueden proveer contenido suficiente para algunas profesiones de la salud, y así crear normas aplicables para la práctica focalizada específicamente en este rubro. El grupo de trabajo concluyó que la tecnología en telesalud todavía no provee contenidos de base suficientes, no se utiliza ampliamente y por otro lado evolución demasiado rápido en comparación de otros parámetros y no los compatibiliza por el momento. Es posible que la telesalud termine siendo suficientemente universal al interior de ciertas profesiones, que la habilidad para emplear este instrumento termine siendo una mera conceptualización de competencia para los practicantes y haciendo de los estándares básicos en telesalud algo superfluo o banal. Este punto se discute en el principio 5.

El parámetro más relevante expuesto en el Principio 4 surge de la obligación de asegurar la calidad del servicio médico. La pregunta más frecuente en lo que concierne a calidad es, si los servicios de salud ofrecidos vía telesalud son tan buenos como alternativa a las entrevistas reales en consultorio. Evaluar el punto es bastante simple conceptualmente pero muy difícil en la práctica. Hay poca investigación acerca de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

efectividad de los servicios de telesalud, particularmente si se los compara con las entrevistas en consultorio, sin embargo este tipo de investigaciones están en desarrollo (Gluckauf et. al., 1999; Hufford, Gluekauf, & Webb, 1999, citados en Reed et al., 2000).

Al nivel de política de salud, es relativamente fácil responder este cuestionamiento. De acuerdo con las estadísticas más recientes más del 20 % de la población de los Estados Unidos vive en áreas rurales (U.S. Bureau of the Census, 1998, citado en Reed et al., 2000), lugares en los que el acceso a atención especializada y aún básica en salud es muy limitada. Cuando dichos cuidados se requieren, es muy usual viajar a zonas metropolitanas con un costo elevado en tiempo y dinero. Poblaciones más específicas como los Indios Americanos en reservaciones aisladas, personal militar en bases remotas, presidiarios y personas restringidas a sus hogares, son más vulnerables a padecer la situación de inatención médica. En estos casos los servicios alternativos son escasos, inadecuados, extremadamente costosos, así que es irrelevante el cuestionamiento si se considera que allegar a estas personas los servicios de salud es un avance.

Por otro lado, los servicios en telesalud han discutido frecuentemente las formas de prestar el servicio, comprendiendo a la población urbana (Muller, et. al., 1977, Whitten & Cook, 1999, citados en Reed et al., 2000), que generalmente son minorías étnicas que están aisladas debido a la pobreza de su situación, su cultura y en consecuencia no pueden tener acceso a los servicios de salud. En estos casos no es el aislamiento geográfico, sino la estructuración de los servicios en sus bases y su prestación la causa del pobre acceso a la salud. Para estas poblaciones, creemos que la pregunta no debería enmarcarse en términos de si la telesalud es mejor o peor que los servicios que están recibiendo, sino tener en claro si estos servicios son tan buenos como los que se podrían ofrecer con establecimientos físicos concretos. Si la telesalud es inferior pero más barata, ésta puede ser la forma de obviar la brecha entre los servicios de salud disponibles para la mayoría y aquellos de los que los pobres disponen.

La obligación de asegurar la atención médica de calidad, también tiene implicaciones al nivel de la salud individual. Los psicólogos que quieren ofrecer sus teleservicios, deben considerar si es posible hacerlo competentemente por estos medios, como se describió en el Principio 2. Además, los psicólogos deben considerar los resultados que esperan alcanzar si los servicios fueran en consultorio real y si lo que esperan es de igual calidad o tal vez mejor utilizando la telesalud, incluyendo los marcadores y parámetros para confirmar lo dicho.

Principio 5: Cada disciplina médica deberá examinar los modos en que sus parámetros de atención se afectan al usar el sistema de telesalud y son responsables de desarrollar sus propios medios y procedimientos para asegurar la competencia de los servicios que provean via telesalud.

En este punto, el grupo de trabajo asumió una posición importante, que es la de responsabilidad del prestador de servicio de salud, para asegurar la competencia de sus miembros. Al asumir que el gobierno y otras entidades no deberían involucrarse en la conducta de los profesionales de la salud en este nivel, las profesiones en salud se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

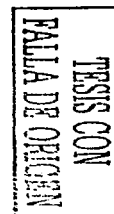
obligan a liderar en esta área. Dadas las consideraciones pertinentes por el gobierno federal y otras organizaciones como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JACHO), las profesiones en salud deben iniciar serios esfuerzos en esta dirección si es que quieren evitar que terceros intervengan en este asunto.

Diferentes mecanismos funcionan para asegurar la competencia de la psicología. Estos incluyen los requisitos de entrenamiento, los de acreditación, los de licencia, los exámenes de licencia y los requisitos de educación continua. Sin embargo, al considerar estos requerimientos generales como prueba de la competencia de la psicología en un área específica, éstos han probado ser insuficientes. Hay otros dos mecanismos que la psicología organizada ha utilizado para facilitar la demostración de la competencia de sus agremiados.

El primero es la práctica de lineamientos que consisten en recomendaciones al profesional relacionadas con su conducta y los particulares que deberán tratarse en la práctica. No se basan en los resultados de los pacientes o recomendaciones de tratamientos específicos o procedimientos clínicos a nivel paciente. (El grupo de trabajo hizo una distinción entre lineamientos prácticos y clínicos que se centran al nivel de paciente al prestar ciertos tratamientos y que se discuten en el Princ. 7). Un ejemplo de los lineamientos prácticos son los "Lineamientos para la Evaluación de la Custodia del Infante en Procedimiento de Divorcio" de la APA (1994). Estos se centran en la conducta recomendada y las consideraciones de los prestadores de servicios en esta área, más que la consideración de algoritmos al tomar decisiones acerca de recomendaciones de custodia en casos individuales. Estos principios prácticos generalmente se basan en el consenso profesional y experto considerando los mejores procedimientos para cada situación. Estos principios no incluyen todas los aspectos del funcionamiento profesional. Son mas frecuentemente utilizados en las áreas en las que la controversia o cuestionamiento lo requieren, y puedan ser más útiles como un instrumento de manejo de riesgo o en situaciones en las que la práctica médica empaata con la judicial.

Las profesiones de la salud utilizan también las certificaciones como un mecanismo para asegurar la competencia de sus miembros. Varios tipos de certificación se ofrecen para las especialidades en áreas específicas de la práctica que requieren de entrenamiento adicional o experiencia que no es común en todas las profesiones afines. Un profesional puede certificarse en un área de práctica clínica, por ejemplo en medicina de emergencia, pediatría, enfermería o neuropsicología. O certificarse en alguna práctica técnica o habilidad particular, como la resucitación cardio-pulmonar. La APA no se ha involucrado en la certificación de especialistas al existir ya la American Board of Professional Psychology. Sin embargo, el Colegio de profesionales en psicología de la APA, se creo para ofrecer certificaciones en ciertas áreas en las que la acreditación en el mercado era necesaria.

Aunque es probable que diversos programas de certificación en telesalud surjan basadas en su noción de mercadeo, el grupo de trabajo concluyó que no es sensato, por el momento, formalizar o legitimarles como requerimientos profesionales. La aplicación de tecnologías en telesalud variará sustancialmente de acuerdo con la profesión, y el contenido potencial de una certificación de telesalud no se ha desarrollado plenamente. Con el tiempo, patrones de oferta de servicios vía tecnología en telesalud pueden



evolucionar y elaborarse lo suficiente como para justificar el desarrollo de procesos de certificación en estas áreas. El grupo de trabajo asumió la posición que es mejor dejar al practicante individual libre para tomar sus decisiones mientras dicha certificación llega a concebirse, así como sus contenidos y procedimientos para otorgarla.

Alternativamente, la tele salud y su tecnología pueden integrarse lo suficiente en patrones de adiestramiento, de tal suerte que diversos miembros de profesiones de la salud tengan la expectativa de ser aptos con tecnologías relevantes y una certificación termine siendo innecesaria. El grupo de trabajo sostuvo que bajo ninguna circunstancia la certificación en tele salud, en cualquier profesión o de organización no asociada, deba ser utilizada como razón o mecanismo para excluir a miembros calificados de otras profesiones y se les impida el uso de las tele tecnologías en sus prácticas de salud.

Principio 6: La documentación requerida para proveer de estos servicios, deberá desarrollarse de manera que los clientes tengan acceso a ella y que incluyan recomendaciones y tratamientos, que la comunicación con los proveedores de salud sea apropiada y que se respeten los protocolos de confidencialidad de cada paciente.

La documentación requerida para los servicios de salud se determina por la ley estatal o federal, y en parte por las políticas institucionales de los sistemas de salud y de los contribuyentes. Además, todas las profesiones involucradas tienen estándares de conducta profesionales que guían los manejos de expedientes de pacientes en la práctica clínica. Más allá de la necesidad de estos requisitos, existen muchas otras razones por las que la documentación adecuada en los servicios de salud es vital (APA, 1993, citado en Reed et al., 2000). El llevar bitácoras concienzudas, beneficia al paciente al permitir a los profesionales médicos cotejar los servicios y tratamientos a los que el paciente se le provean, revisando su historia clínica y estado actual. El actualizar los registros también beneficia a los médicos al ayudarles en la implementación de estrategias de tratamiento y servicios, revisiones y auto-monitoreo con mayor precisión. Es más, estos registros bien llevados protegen al profesional de la salud, en caso de ser objeto de revisión ética o judicial. Para los psicólogos, los requerimientos para registros de pacientes se encuentran en el Código de Ética de la APA y una guía adicional en el APA's "Record Keeping Guidelines" (APA, 1993, citado en Reed et al., 2000).

El uso de las modalidades en tele salud, no cambian los requerimientos de registro de pacientes, pero si introduce factores nuevos. Por ejemplo, en ciertos medios electrónicos como el e-mail, existe un registro permanente palabra por palabra de cada interacción con los pacientes, todo producido y transferido en correos electrónicos por la computadora. Los profesionales de salud que utilizan conferencias de dos vías para interactuar con sus pacientes pueden elegir el hacer respaldos de sus videos y llevar el registro de sus contactados. Por eso, los profesionales deben considerar que esto contiene información más basta de lo que se podría tener e medios ordinarios como los registros en papel, y que se puede contener información que los pacientes preferirían no compartir con nadie más. Los profesionales podrían verse en situaciones en las que se obligan por ley a entregar estos registros en video a entidades externas en caso de ser retenidos.

Los psicólogos deben considerar los procedimientos que utilizan para almacenar los registros en tele salud, y así asegurarse que estos sigan bajo los lineamientos establecidos anteriormente. Deberán considerar igualmente como administrar sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comunicaciones con otros profesionales, como son los médicos de primer nivel, incluyendo los cuidados en telesalud. Las comunicaciones electrónicas pueden introducir el potencial de interceptación o acceso inapropiado a la información de los pacientes por personas ajenas a éstos. Cuando surgen conflictos o son inminentes, los psicólogos deberán usar su "entrenamiento y habilidad para identificar la información relevante, y así intentar resolver el problema de la manera más idónea y factible conforme a ley y práctica médica, como se prescribe en los principios éticos" (APA, 1992).

Principio 7: Los lineamientos clínicos en telesalud deberán establecerse sobre la base de la evidencia empírica cuando se disponga de ella, y del consenso profesional con las disciplinas que intervengan en cada caso.

En contraste a los lineamientos prácticos descritos en el principio 5, los lineamientos clínicos proveen recomendaciones específicas sobre los tratamientos ofrecidos a los pacientes, mas que centrarse en el prestador del servicio. Estos lineamientos están referidos a los pacientes directamente; son especificaciones de tratamiento o condición, por ejemplo: depresión mayor, inmunizaciones pediátricas, mamografías, etc., y están especialmente enfocadas a condiciones comunes o de costo, ya que financiar la mejor atención y reducir la variación de la práctica en estas áreas puede ser de gran beneficio.

El grupo de trabajo consideró que este punto no es un asunto de consideración empírica ni experimental, y que sería necesario desarrollar lineamientos que observaran el uso de la telesalud y sus tecnologías. Más importante, sin embargo, es el hecho que estos lineamientos clínicos son intentos de especificidad, en las condiciones particulares o situaciones clínicas como las descritas anteriormente. Parece ser inapropiado el desarrollar lineamientos basados en el medio o herramienta utilizados para ofrecer los servicios y no observar el propósito o condición por la que dichos instrumentos fueron creados. Sin embargo, la existencia de estos lineamientos clínicos deberán ser examinados por los que las desarrollan y los profesionales de la salud conjuntamente, para así determinar si las tecnologías en telesalud son mecanismos apropiados para dar los tratamientos recomendados por estos mismos lineamientos. Se necesitará de la investigación para determinar si los resultados de los tratamientos, dados vía telesalud, son equivalentes a aquellos en consulta convencional.

Principio 8: La integridad y el valor terapéutico de la relación entre proveedor de salud y paciente, deberá mantenerse y nunca diseminarse por el uso de la tecnología en telesalud.

Los profesionales de la salud en todas sus modalidades, aprecian la naturaleza de la relación terapéutica entre paciente y médico. La existencia de convenios o juramentos para el cuidado, como los de Hipócrates o el Nightingale, en algunas profesiones ejemplifican el compromiso de los profesionales hacia el valor de estas relaciones. La psicología ha dado preponderancia -y un sin número de investigaciones- acerca de la importancia de las relaciones terapéuticas en el tratamiento de pacientes. La psicóloga Barbara Gutek (1995, citada en Reed et al., 2000), en su análisis sobre interacciones en

el servicio a fines del siglo XX en los E.U.A., escribió acerca de la distinción relación y encuentros:

"Las relaciones ocurren cuando un cliente repite la entrevista con un prestador en particular... se conocen mutuamente, ya sea como individuos o como cada cual en su rol. Esperan y anticipan interacciones futuras, y con el tiempo desarrollan una historia de interacción compartida a la que pueden acceder cuando interactúan... no son simples amistades y son conceptualmente experiencias distintas a los contactos informales. Por el contrario, son relaciones basadas en una organización estructural y expectativas de rol".

"Los encuentros, por le contrario... consisten típicamente en una interacción única entre el terapeuta y el paciente y son típicamente fugaces mas que duraderas. Con el tiempo, los contactos sucesivos del paciente involucran a diferentes profesionales... de tal suerte... el terapeuta y paciente son completos extraños. Mas aún, se espera que cada profesional consultado sea funcionalmente equivalente" (pp. 7-8).

Muchos profesionales sienten que los cambios de organización en el sistema de atención salud y el dominio preponderante de sistemas administrativos de atención, aceleran el alejamiento en las relaciones terapéuticas y las entrevistas relacionadas a la materia. Y como si guiadas por principios industriales de una línea de ensamblaje, la atención salud se esta resquebrajando incrementadamente en pequeñas unidades de servicios ofrecidos por proveedores genéricos. Por ejemplo, cuando enfermos contactan sistemas de atención a pacientes por medio telefónico, como cuando se les pide que lo hagan con médicos facultados, pueden toparse con un saludo prefabricado como: "Hola, esta usted hablando con una enfermera". Existen planteamientos importantes acerca de hasta que punto esta tendencia puede continuar y aun así poder proveer los elementos necesarios para una relación terapéutica.

Las teletecnologías en salud tienen el potencial de contribuir a la futura disminución de relaciones en los tratamientos. No es difícil imaginar una industria de psicólogos modulares sentados frente a una terminal de computadora dando servicios a personas en áreas distantes. Sin embargo, la telesalud se puede usar para fortalecer las relaciones terapéuticas, por ejemplo, al proveer el monitoreo en casa cuando las opciones de entrevista real son imposibles. El consejo de los profesionales en mantenimiento de parámetros de conducta profesional, cuando se usan las teletecnologías, tendrá que ser una ayuda para asegurar que todo esto no se convierta en una fragmentación de los servicios de salud.

Principio 9: *Los profesionales de la salud no requerirán de licencias adicionales para proveer de estos servicios vía telesalud. Al mismo tiempo, estas tecnologías no podrán usarse como vehículo para otorgar servicios que no estén legalmente autorizados o que sean ilegales.*

El alcance de la práctica de las profesiones de la salud, es el rango de los servicios o actividades clínicas que un miembro de la profesión tiene autorizado ofrecer. Este alcance se determina en cuatro formas:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el ámbito estatal, este alcance se define por medio de leyes de licencia y regulaciones relacionadas. Estas leyes pueden incluir o excluir explícitamente servicios de salud específicos, de las actividades autorizadas para los practicantes y miembros de profesiones en particular.

Al nivel profesional, el rango de práctica se refiere a las actividades o servicios definidos para cada disciplina de salud como aspectos de su práctica intrínseca. Este rango profesional es siempre más amplio que la práctica individual, ya que no todas las actividades comprendidas en este rubro pueden ser monitoreadas por todos los miembros de una profesión.

Al nivel individual, el rango de práctica se define por el entrenamiento y pericia del prestador del servicio.

Finalmente, un cuarto nivel de rango existe para los practicantes que trabajan en los sistemas de salud, cuando dichos sistemas prescriben actividades específicas que miembros de varias profesiones pueden practicar en sus instalaciones.

Los rangos de práctica individual para muchos practicantes de la salud podrán cambiar a medida que ganen experiencia en el uso de las nuevas tecnologías. Estas tecnologías pueden transformar los rangos de práctica de un sistema. Sin embargo, el grupo interdisciplinario de trabajo considera que los rangos estatales e individuales de práctica no deberán cambiar como resultado de los avances en tecnología en telesalud. La legislación sobre atención médica se basa en la responsabilidad de la constitución de cada estado para proteger a sus ciudadanos y los alcances de la práctica profesional se guiarán por medio de la obligación de cada profesión, para así garantizar el servicio ético y de alta calidad.

Este principio expone claramente que el rango de acción de la práctica médica no se modifica por la introducción de las herramientas de telesalud y sus servicios. De igual forma, el rango de acción definido por legislación estatal no necesita variación de estos servicios con estas nuevas tecnologías. Al afirmar que los cambios en las licencias no son necesarios, este principio subraya el interés y preocupación al interior de las profesiones de la salud y de los organismos legisladores considerando que algunas profesiones o individuos pretendan estas tecnologías para expandir el rango de práctica permitido bajo las leyes de licencia existentes.

Esto no quiere decir que la legalidad estatal no sea un asunto primordial en la prestación de telesalud. Debido a que la legislación se basa en el Estado, el hecho que estos servicios en telesalud se puedan ofrecer a lo largo de los territorios nacionales, originan complicaciones para los proveedores que desean prestar sus servicios vía telesalud. Actualmente, las asociaciones de licencias estatales para diversas profesiones están revisando este complejo asunto y están proponiendo legislaciones nacionales, o algunos otros cambios en la regulación de licencias para referirse a las preocupaciones de los practicantes que quieran prestar este servicio. Hasta que estos cambios en la legislación tengan lugar y estos cambios sean consistentes en todos los estados, los psicólogos deberán mantenerse en el entendido que el proveer de servicios por vías telesalud, en ciertos estados conlleva riesgos potenciales e implicaciones legales en caso que el practicante no cuente con licencia requerida.

TESIS CON
SELLA DE ORIGEN

Principio 10: *La seguridad de los pacientes y los practicantes de salud deberá estar plenamente garantizada. El hardware y software combinados con el uso profesional de los mismos, son elementos necesarios para la práctica de la tele salud.*

Una preocupación mayor acerca del uso de las tecnologías de tele salud es el uso competente y técnicamente seguro del equipo por parte del prestador y del paciente. Estos últimos tendrán que aprender el uso correcto de estas herramientas y ser responsables del mantenimiento de la calidad técnica. Dependiendo de la tecnología en cuestión, los pacientes deberán demostrar habilidad en el uso de estos instrumentos. Los practicantes se harán responsables del desarrollo y aseguramiento de la habilidad de los pacientes. Si el servicio lo presta un sistema de salud, éste deberá garantizar que las especificaciones técnicas del equipo son suficientes para los requerimientos de la atención clínica. Los proveedores del equipo de tele salud se responsabilizarán de proveer información suficiente para que practicantes y clientes sean aptos para el uso de dichas herramientas.

Algunas aplicaciones de tele salud requerirán alguna experiencia técnica previa por parte del practicante, mientras que en otras requerirá de más conocimientos de la tecnología por usar. En caso que se requiera de conocimientos técnicamente especializados, se necesitarán ciertos servicios de apoyo según sean necesarios para cada profesión. Los estándares técnicos consideran la propiedad del equipo, el hardware, software o la transmisión de datos que se realicen en cada caso particular, así como las pruebas por entregar de manera confiable. Estándares en otros campos profesionales deberán desarrollarse de acuerdo a la evolución de la tecnología de la tele salud. Por el momento, el equipo que los psicólogos utilizan para estos servicios, son mayormente los sistemas de teleconferencia interactiva, que no se consideran de suficiente rango para garantizar los estándares técnicos. Sin embargo, si la tecnología de realidad virtual llega a tener éxito en la replicación de las entrevistas reales en consultorio con todos sus elementos sensoriales, hasta el punto que la psicoterapia se pueda ofrecer a través de dicho sistema, otros estándares técnicos serán necesarios.

La tendencia hacia la micro regulación de los profesionales de la salud va en contra de la fe que los profesionales de la psicología han mantenido en el adiestramiento, la competencia y el juicio de sus practicantes (esta puede ser una de las razones por las que muchos psicólogos parecen experimentar momentos difíciles con la actual cultura de la atención a la salud). La psicología organizada generalmente ha basado sus políticas en la afirmación, dada la provisión de información relevante, los psicólogos con nivel doctoral son capaces de tomar decisiones acerca de la prestación de servicios, siempre circunscritos en los límites de su competencia. En la opinión de Reed, McLaughlin y Miholland, esta afirmación es apropiada y debería extenderse al uso de las tele tecnologías de la salud.

Conforme los profesionales de la salud integren esta tecnología en su práctica, será mas apropiado, para cada profesión, determinar que líneas adicionales necesitan sus agremiados. Es apropiado también para las profesiones dar estas guías. Un componente importante en futuras etapas en este tenor, será la participación de los consumidores y grupos de apoyo de pacientes. Los principios interdisciplinarios descritos anteriormente son un intento de proveer un marco de referencia para los esfuerzos de los profesionales de la psicología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. El problema de establecer las condiciones éticas en Internet.

Un problema muy grave de la red en general, es que todavía no existe una legislación universal para regular las acciones en Internet y tampoco se han asentado las condiciones éticas para cualquier rama de la telesalud, así como para la protección de sus usuarios. Conforme Koocher y Morray (2000), esto se debe, en parte, por el cambio de leyes de estado a estado o de país en país. Aunque en algunos países se han establecido reglas para esto, las transacciones fraudulentas no han parado según Cantón (2002, citado en Taboada, 2002).

Una característica de la Internet es la libre expresión y sería muy difícil tratar de regularla, pues está a crecido enormemente, siendo imposible regular a todos y menos con la tecnología tan avanzada para poder romper cualquier regla o programa en la red.

Se ha discutido mucho acerca de las condiciones éticas que regirán la psicoterapia vía Internet, sin llegar a un acuerdo en común hasta la fecha, en lo que sí están de acuerdo todos los psicólogos, es que es necesario establecer las condiciones éticas que regirán a este tipo de intervención. Algunos psicólogos han aportado sus ideas, pasando por un congreso calificador, pero cada estado tiene su problema y su propia manera de gobernar, incluyendo así más problemas, como por ejemplo, en un estado este tipo de terapia se puede dar una sola vez a la semana, en otros estados se puede ejercer todos los días y por lo tanto cada estado no puede estar mezclado con los demás, es decir un psicólogo no puede ejercer "e-terapia" en un estado, en el cual, solo se puede ejercer un día, se tiene que respetar el límite geográfico o en caso contrario se sancionaría (Koocher, y Morray, 2000).

Aunque a la fecha se están llevando a cabo un sin numero de intervenciones, no se ha llegado a un acuerdo en común, lo cual los psicólogos piensan que es lamentable (Humphreys, Winzelberg & Klaw, 2000).

Para finalizar este apartado me gustaría enfatizar un problema aún mayor que el de la legislación de cada región geográfica que impide llegar a un acuerdo en materia de condiciones éticas y por lo tanto en el avance de esta materia. Este problema es el de la fragmentación entre profesionales de psicología, ya que muchos psicólogos se ven como competencia y no como colaboradores, obstaculizando el progreso o evolución de la psicología adaptada a los tiempos actuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VIII

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS DE SALUD, ESPECIALMENTE CON FUMADORES.

Ya hace algunos años, la terapia conductual ha integrado a su campo de estudio la terapia cognitiva y viceversa, dando por resultado lo que hoy conocemos como la terapia cognitivo-conductual, que sostiene que tanto las cogniciones y pensamientos de la persona (desde las auto-imágenes hasta las autoafirmaciones), como las conductas influyen directamente en las patologías o acciones del paciente, manteniéndolas y cambiándolas (Kendall & Hollon, 1981, citados en Phares, 1999). Y a la fecha éste tipo de terapia tiene un sin número de investigaciones que la han hecho una de las más eficaces dentro del campo de la psicología (Hollon & Beck, 1994, citados en Phares, 1999).

De acuerdo con Johnson (Kanfer & Goldstein, 1993, cap. 3), los procesos de cambio de actitudes no son suficientes para modificar los hábitos de salud, en este caso el tabaquismo. Estas técnicas pueden incrementar la motivación para el cambio de conductas de salud, pero no consiguen por regla general que los individuos pongan en práctica de forma de forma duradera dichas conductas. Existen, sin embargo, otros procedimientos psicológicos que se han aplicado a la modificación de hábitos de salud, como son los derivados de la teoría del aprendizaje.

De acuerdo con Bandura (1969), quien menciona que los hábitos de salud son conductas aprendidas, los principios por los cuales los comportamientos se adquieren y se mantienen pueden ser muy útiles para comprender los procesos implicados en la modificación de conductas de salud. Este enfoque tradicional de la modificación de conducta se ha centrado fundamentalmente en las condiciones ambientales que desencadenan o mantienen un determinado comportamiento. Sin embargo, desde hace algún tiempo se ha reconocido la importancia de las cogniciones de los sujetos (pensamientos, valoraciones, atribuciones, etc.) acerca de su propia conducta, lo que ha permitido el desarrollo de una serie de intervenciones cognitivas orientadas a modificar tales sucesos internos. A esto se le a denominado el enfoque cognitivo conductual.

Examinaremos a continuación algunas de estas técnicas cognitivas-conductuales que pueden aplicarse a la modificación de las conductas de salud, como el tabaquismo, alcoholismo etc. Comenzaremos con la auto-observación ya que frecuentemente constituye la primera etapa en cualquier intervención psicológica que se lleva a cabo en el ámbito de la salud (Latorre & Beneit, 1992).

1. Autoobservación

Muchos programas cognitivos-conductuales utilizan la auto-observación como un primer paso para la modificación de una conducta. Se entiende por auto-observación el doble procedimiento consistente, por un lado, atender deliberadamente a la propia conducta y, por otro, en registrarla mediante algún procedimiento previamente establecido (Thorensen & Mahone, 1974, citados en Latorre & Beneit, 1992). Este último aspecto suele denominarse autorregistro.

En muchas ocasiones los sujetos no ofrecen más que una indicación vaga acerca de la conducta a modificar (por ejemplo, dejar de fumar). En estos casos el procedimiento de auto-observación debe recoger una información bastante amplia acerca de la frecuencia, intensidad y duración de la conducta, así como también sobre los sucesos, externos o internos, que la desencadenan (antecedentes) y la mantienen (consecuentes). En otros casos el sujeto tiene una idea clara de su problema y la auto-observación puede centrarse en identificar aspectos más específicos de la conducta (véase anexo 5).

De acuerdo con Avia (1981, citado en Latorre & Beneit, 1992), en algunas conductas puede ser útil obtener una media relativa, como es la ejecución del sujeto en relación al criterio. Este tipo de observaciones permite, por ejemplo, determinar la ocurrencia de ciertas conductas en relación con los estímulos ambientales que pueden desencadenarlas. Así, puede pedirse a un fumador que anote el número de veces que fuma, señalándole además que indique el número de veces que rehúso fumar ante la invitación de los amigos. La relación entre las veces que se da una conducta y las oportunidades que tuvo de darse, puede ser una medida útil de la probabilidad de aparición de las conductas favorecidas por el medio. Muchos hábitos perjudiciales para la salud constituyen conductas de este tipo.

Algunos sucesos internos, como determinadas sensaciones o pensamientos, no son fácilmente reducibles a los parámetros de frecuencia o duración, puesto que no tienen un comienzo ni una finalización clara. En estos casos el sujeto puede registrar simplemente la presencia o ausencia de esas cogniciones a intervalos regulares de tiempo, calificando a su vez su intensidad o el malestar que le producen.

Las técnicas de auto-observación cumplen unos requisitos adecuados para las orientaciones dirigidas a fomentar el autocontrol de los individuos. Para aquellas personas que cuentan con una larga historia de dependencia del medio (pasividad, dificultad para tomar decisiones, etc.) que presentan pautas de comportamiento muy rígidas, sentimientos de indefensión o sensación de que sus actos no tienen efecto en su ambiente, o en el caso de sujetos motivados pero sin habilidades reales para cambiar su conducta, la auto-observación puede ser una manera eficaz de implicarlos activamente en el proceso de intervención y de modificar sus atribuciones respecto a la posibilidad de alterar el medio o su propia conducta, pues la auto-observación puede ser una medida reactiva, es decir, su ocurrencia puede alterar la conducta que se está observando (Kanfer, 1980).

2. Condicionamiento clásico

El principio fundamental del condicionamiento clásico es la asociación entre estímulos. Cuando dos estímulos (uno neutro o estímulo condicionado y otro que desencadena una respuesta refleja o estímulo incondicionado) se asocian repetidamente (contigüidad temporal), el primero de ellos termina por provocar una nueva respuesta (respuesta condicionada) semejante a la solicitada por el estímulo incondicionado (respuesta incondicionada). Se produce, por consiguiente, el aprendizaje de una nueva respuesta que inicialmente no formaba parte del repertorio conductual del sujeto. Con posterioridad al descubrimiento por I. Pavlov del condicionamiento clásico, las

investigaciones han establecido un gran número de leyes y principios relativos a esta forma de aprendizaje.

Los principios del condicionamiento clásico han sido extensamente aplicados a la modificación de hábitos de salud, como por ejemplo al tratamiento del alcoholismo. Ciertas drogas (estímulo incondicionado) producen intensos vómitos, náuseas y malestar cuando se administran en conjunción con el alcohol (estímulo condicionado). Después de un cierto número de asociaciones de los dos estímulos, el alcohol, por sí solo, provoca en el sujeto una respuesta condicionada de náuseas, vómito y malestar. Así, pues, el efecto del condicionamiento clásico en la modificación de los hábitos nocivos para la salud es inducir al individuo a desarrollar respuestas condicionadas aversivas ante estímulos que previamente estaban asociados a consecuencias agradables. Este mismo principio se puede utilizar para el tabaquismo y otras drogas, aunque sin mucha efectividad (Latorre & Beneit, 1992).

3. Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática es una técnica de modificación conductual basada en los principios del condicionamiento clásico. Se trata de un procedimiento desarrollado inicialmente para el tratamiento de aquellos trastornos de ansiedad, como las conductas fóbicas, en los que determinados estímulos o situaciones provocan en los individuos una intensa y desadaptativa reacción de ansiedad (Wolpe, 1958). Los tres componentes básicos de la desensibilización sistemática son:

1. Entrenamiento del sujeto en una técnica de relajación.
2. Elaboración de una jerarquía de situaciones, relacionadas con la conducta fóbica, que provocan en el sujeto una respuesta de ansiedad de intensidad creciente.
3. Exposición del estímulo, utilizando la imaginación, a cada una de las situaciones de la jerarquía (comenzando por la que provoca un menor nivel de ansiedad), mientras permanece completamente relajado.

Dado que la ansiedad y la relajación con dos respuestas incompatibles desde el punto de vista psicofisiológico, se produce un proceso de contracondicionamiento, según el cual dejará de experimentar ansiedad por efecto de la relajación muscular. Diversas investigaciones han señalado que muchos hábitos perjudiciales para la salud, como fumar o beber en exceso, se relacionan en algunas personas con el afrontamiento de situaciones que producen ansiedad. Consecuentemente, la desensibilización sistemática puede ser utilizada para sustituir hábitos como los anteriores por otras formas más saludables de afrontar las situaciones de tensión como lo es la relajación muscular.

4. Condicionamiento operante

El principio fundamental del condicionamiento operante es el reforzamiento, esta forma de aprendizaje formulada por L. Thorndike y sistemáticamente desarrollada por B. F. Skinner. Cuando la conducta emitida por un sujeto tiene como consecuencia un refuerzo positivo (recompensa), dicha conducta se producirá con más frecuencia en el futuro. Por el contrario, si la conducta emitida es castigada la probabilidad de su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ocurrencia futura disminuye. El condicionamiento operante, por consiguiente, implica la manipulación de las consecuencias ambientales para incrementar la frecuencia de ciertas conductas y disminuir la de otras.

Muchos hábitos de salud se adquieren y se mantienen mediante procedimientos operantes. Por ejemplo, el hábito de fumar se mantiene en muchas personas debido las múltiples consecuencias reforzantes que se encuentran asociadas al mismo. Debido a ello, la estrategia básica de intervención consiste en actuar sobre esas contingencias reforzantes de la conducta en orden a modificar su ocurrencia.

5. Moldeamiento.

El condicionamiento operante normalmente ocurre por medio de un proceso denominado moldeamiento (shaping). Esta técnica implica el reforzamiento sucesivo de respuestas aproximadas a la conducta deseada, al mismo tiempo que la extinción de aquellas otras que se alejan de la conducta que el sujeto debe adquirir. Con ello se facilita la aparición de una nueva conducta de la que carecía el individuo al inicio del programa. El moldeamiento es, por tanto, una forma de reforzamiento diferencial mediante una serie de aproximaciones sucesivas a la conducta que constituye el objeto de la intervención.

La aplicación del método del moldeamiento exige que se delimite la respuesta final deseada, que se identifique una primera aproximación y que, a continuación, se facilite la realización de aproximaciones sucesivas que serán inmediatamente reforzadas. Se debe, además, presentar directrices y en ciertos casos proporcionar las ayudas necesarias para facilitar la conducta deseada. El abandono gradual del hábito de fumar, reduciendo sucesivamente el número de cigarrillos consumidos diariamente, constituye un ejemplo de moldeamiento (Latorre & Beneit, 1992).

6. Modelamiento

El modelamiento es otra variante de los métodos operantes, y se refiere al proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (el modelo) actúa como estímulo de pensamientos, actitudes a conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo (Bandura, 1971, citado en Phares, 1999). Por ejemplo, si un compañero por el que se siente un gran respeto y el cual no fuma, participa en un programa de disuasión del tabaquismo, otros pueden responder con al conducta deseada de comenzar a no fumar.

7. Control de estímulos

Como hemos visto anteriormente, la modificación de un comportamiento exige tener en cuenta tanto los antecedentes como los consecuentes de la conducta. El control de estímulos es un procedimiento que tiene como objetivo la modificación de los antecedentes de una conducta que se desea extinguir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uno de los principios del condicionamiento operante implica que los acontecimientos o estímulos presentes en el entorno de un sujeto en el momento en que una respuesta es controlada por una consecuencia reforzante, puede influir en las apariciones futuras de esa respuesta. De esta forma, el sujeto manifiesta una tendencia a emitir la respuesta en presencia de esos acontecimientos o estímulos (estímulos discriminativos). Por ejemplo, la vista y el olor del cigarro actúan como estímulos discriminativos en la conducta de fumar. La técnica del control de estímulos puede utilizarse, generalmente en combinación con otras técnicas, para la modificación de hábitos de salud (Latorre & Beneit, 1992).

Intervenciones cognitivas

Las intervenciones cognitivas, introducidas inicialmente por Ellis en 1962 y Beck 1976 (citados en Latorre & Beneit, 1992), se han incorporado en la actualidad a muchos de los programas de modificación conductual y, más específicamente, a los aplicados en el ámbito de la salud. Estas técnicas cognitivas tienen su base en los siguientes principios:

Toda conducta humana está mediada por variables cognitivas. Por consiguiente, la interpretación y reacción a los acontecimientos ambientales conlleva una cierta valoración cognitiva.

Los procesos cognitivos colorean el modo en que los individuos perciben el mundo y su lugar dentro de él. Por lo tanto, las distorsiones cognitivas son responsables, en gran medida, de muchos hábitos desadaptativos.

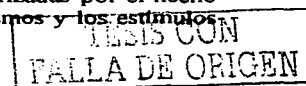
Las intervenciones cognitivas permiten al individuo comprender y rectificar modelos distorsionados de pensamiento y de atribución.

Dado que las creencias constituyen uno de los factores determinantes de los hábitos de salud, las intervenciones orientadas a la reestructuración cognitiva de los pensamientos, imágenes mentales y monólogos internos que, en palabras de Michenbaum (1977, citado en Latorre & Beneit, 1992), constituyen un poderoso factor de control sobre la conducta, pueden resultar una contribución útil a la modificación de los hábitos de salud. Así, por ejemplo, una persona que desea dejar de fumar puede generar monólogos internos del tipo: "nunca conseguiré dejar el tabaco", "soy una de esas personas que dependen absolutamente de los cigarrillos", "lo he intentado otras veces y nunca he tenido éxito"; pensamientos que, sin duda, interfieren con su deseo de abandonar el hábito de fumar.

8. Condicionamiento encubierto o Sensibilización encubierta

Cautela (1967), introdujo un método para la modificación de conductas denominado sensibilización encubierta, que ha servido de punto de partida para la elaboración de varias técnicas parecidas, agrupadas bajo el nombre de condicionamiento encubierto, y basadas esencialmente en las imágenes mentales.

Las técnicas de condicionamiento encubierto están caracterizadas por el hecho de que los estímulos antecedentes, los comportamientos en sí mismos y los estímulos



consecuentes, son presentados al sujeto de manera imaginaria más que de manera real (en vivo). Esto implica la aceptación de dos postulados básicos. En primer lugar, que los estímulos encubiertos obedecen a las mismas leyes que los estímulos manifiestos. En segundo lugar, que las conductas encubiertas influyen de manera previsible sobre las conductas manifiestas. El condicionamiento encubierto ha sido utilizado con éxito en la modificación de hábitos perjudiciales para la salud, como el de fumar. Por ejemplo se le pide al paciente que imagine las consecuencias fatales del fumar (morir de un paro cardíaco, cáncer etc.) en su propia persona, provocándoles aversión al fumar.

9. Role playing o Ensayo conductual

El role playing quiere decir representar un papel que normalmente no hace el cliente ya sea, en forma de conducta observable o encubierta (pensamientos e imágenes); como el rechazar un cigarrillo o negarse a ir a lugares donde es inevitable fumar, (como a un bar, billar, etc.). Pero antes de esto se tiene que hacerse todo un estudio para ver que tipo de conductas pueden ser realizables y útiles para el cliente. El role playing va de la mano del entrenamiento asertivo, el cual, enseña a el cliente a hacer peticiones claras, sin ser agresivas, sobre la base de que si la gente no hace peticiones claras, poco obtendrá (Kanfer & Goldstein, 1993, cap. 6).

10. Inoculación

El entrenamiento de inoculación de estrés incluye tres fases. La primera, de tipo educacional, está pensada para poner en conocimiento de la persona en términos corrientes y vulgares una serie de cuestiones para que comprenda la naturaleza del estrés y un esquema de trabajo para el entrenamiento. Desde este esquema de trabajo conceptual, se ofrecen toda una serie de recursos de enfrentamiento conductuales y cognitivos para que la persona pueda utilizarlos durante la segunda fase de entrenamiento, que esta pensada para aumentar el abanico personal de recursos relevantes y autoelegidos de enfrentamiento mientras es expuesta a toda una serie de estresores.

En resumen, el entrenamiento de inoculación del estrés incluye los siguientes componentes (Carnwath & Miller, 1989, citados en Latorre & Beneit, 1992):

- I. Enseñar a la persona el papel que desempeñan las cogniciones y las emociones en la aparición y en la potenciación del estrés.
- II. Entrenamiento en el autocontrol de los pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas inadaptadas.
- III. Entrenamiento sobre los fundamentos de la resolución de problemas (definición del problema, anticipación de las consecuencias y feedback valorativo).
- IV. Modelado y ensayo de estrategias cognitivas efectivas, recursos de focalización de la atención y autoevaluación positiva.
- V. Entrenamiento en habilidades específicas de superación de acción directa tales como la relajación, tarea de comunicación y el desarrollo y uso de las redes sociales.
- VI. Actuaciones conductuales en la vida real que van haciendo cada vez más exigentes.

Acabamos de considerar un cierto número de técnicas conductuales y cognitivas que pueden utilizarse, de forma aislada, para modificar hábitos de salud y en especial enfocadas al tabaquismo. Sin embargo, la aplicación más efectiva de estas técnicas a la modificación de conductas de salud viene dada por los programas de intervención que combinan varias de ellas, en lo que ha sido denominado terapia de conducta multimodal o de amplio espectro (Lazarus, 1971, citado en Latorre & Beneit, 1992; Phares, 1999).

Las ventajas de la utilización de un amplio espectro de técnicas son, entre otras; el uso combinado de varias técnicas permite intervenir sobre todos los aspectos de la conducta a modificar, pueden ser adaptados a cada problema en particular. Dado que estos programas se aplican generalmente de forma individual, la estrategia de intervención puede tener en cuenta diversos factores, como la personalidad del sujeto, los determinantes de sus hábitos de salud y las circunstancias particulares de su vida.

Una vez estudiadas las técnicas de intervención cognitivo-conductuales para los fumadores, abordaremos la propuesta para llevar a cabo una intervención psicológica por Internet para usuarios con problemas de tabaquismo, aplicando estas técnicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IX

PROPUESTA PARA LLEVAR A CABO UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA INTERNET, CON UN CORTE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON ADICCIÓN AL TABACO.

1. Justificación del Programa para el tratamiento de pacientes con problemas de tabaquismo a través de Internet.

Una vez exploradas y considerando las ventajas, desventajas, efectividad y condiciones éticas de la psicoterapia vía Internet, el autor de esta investigación documental elaboró una propuesta para llevar a cabo un tratamiento psicológico de corte cognitivo-conductual, a través de la Internet, para personas con problemas de tabaquismo.

Se decidió elaborar esta propuesta especialmente con fumadores, porque la rehabilitación conductual con un corte cognitivo-conductual, combinado con el chicle con nicotina, es el tratamiento más efectivo en este tipo de casos (Roales-Nieto, 1994), además que no requiere demasiado tiempo, ni profundizar demasiado en la vida del paciente (Celio et al., 2000; Lange et al. 2000; Winzelberg et al. 2000), como lo haría el psicoanálisis u otra rama de la psicología, la cual tomaría mucho tiempo y sería muy cara, como lo muestra el artículo de Sharpe (2000), donde se cobra \$30 dólares por cada respuesta al paciente por e-mail.

¿Por qué por Internet?

La sociedad urbana actual está muy familiarizada con la Internet, pues muchas casas, empresas y escuelas están accediendo a computadoras conectadas a la red debido al acelerado crecimiento de la tecnología y a la gran demanda que hay de ésta. Además las nuevas generaciones están creciendo junto a las computadoras y videojuegos (Garibay & Hoffer, 2001), dando lugar a la nueva generación de cibernautas que encontrarán muchos servicios por Internet, incluyendo los servicios de salud, por lo que debemos estar preparados para los siguientes años. También debemos considerar que la Internet está ocupando un lugar importante en la sociedad, por lo que debemos considerar que va a ser una herramienta de primera necesidad.

Esta técnica, aunque apenas empieza, no sólo existe en los países de primer mundo como Estados Unidos, Alemania, España, Japón, sino también se utiliza en Argentina, Brasil y otros países en desarrollo con buenos resultados, pues uno de los principales objetivos de la psicoterapia vía Internet es llegar a las zonas marginadas y sin muchos recursos (Reed, McLaughlin & Miholland, 2000).

Según la American Medical Association (1997, citada en Reed et al., 2000), la psicología es una de las disciplinas más usadas dentro de la Internet, y en especial la psicoterapia cognitivo-conductual, esto debido a la "facilidad" con la que puede medir y controlar sus resultados.

Actualmente, muchos jóvenes y adultos tienen acceso a la Internet, y por este medio podrán encontrar atención psicológica a su problema o adicción, pues especialmente los jóvenes son uno de los puntos más vulnerables a obtener adicción al

tabaco (Sistema Nacional de Salud, 1990) y a la vez los que tienen mayor acceso a la Internet (Vizcaíno, 2002).

Si bien es cierto que muchas personas no pueden tener un tratamiento psicológico vía Internet, también existen personas cuya única forma de tratamiento la encontraron por este medio, ya sea porque se adecuó a su estilo de vida o porque sus visitas personales con el psicólogo fueron desafortunadas (Sharpe, 2000).

¿Porque con adictos al tabaco y no al alcohol o a las drogas?

Los tratamientos psicológicos que se han trasladado a la Internet van desde la obesidad, control de peso, trastornos de alimentación (bulimia y anorexia), depresión, suicidio, consejo marital, estrés post-traumático, dolores de cabeza recurrentes entre otros, obteniendo buenos resultados (Cohen & Kerr, 1998; Lange et al. 2000; Tate et al. 2001; Winzelberg et al. 2000). Pero, desde el punto de vista del autor, aunque ya se pueden encontrar tratamientos por Internet para la adicción al alcohol y a las drogas, estos podrían acarrear confusiones, porque en un momento dado no se sabría a ciencia cierta, si el paciente está bajo el influjo del alcohol o alguna droga, arrojando resultados poco confiables o confusos, y por el contrario, con el tabaco el paciente, aparte de estar conciente, podría dejar de fumar en el momento de la e-terapia.

Actualmente, muchas personas no pueden ir a consulta psicológica para tratar su problema con el tabaco por varias "razones", ya sea por falta de tiempo, dinero, porque el consultorio queda muy retirado o por simple temor. Tomando en cuenta estas "razones" se han diseñado varios programas por Internet para tratar diversos padecimientos psicológicos (Barak, 1999; Maheu & Gordon, 2000; Nickelson, 1998). Por lo que en esta ocasión, se elabora una propuesta para llevar a cabo una intervención psicológica vía Internet para pacientes con adicción al tabaco, y de esta manera atender su adicción a través de la Internet con el simple hecho de contar con una computadora conectada a la red y una hora de disponibilidad en su casa, oficina o café-internet, obteniendo así, una mayor oportunidad para dejar o disminuir su adicción al tabaco.

Con esta propuesta no se pretende remplazar la psicoterapia cara a cara, sino dar una oportunidad o alternativa más para aquellas personas que no pueden o no quieren ir con el psicólogo y tener un encuentro cara a cara, lo cual ocurre con frecuencia (Sharpe, 2000).

Esta propuesta brinda varias ventajas (véase capítulo 4), encontrándose principalmente el rompimiento de las barreras de distancia, siendo más económico para el paciente y contar con mayor desinhibición ante el psicólogo, lo cual facilitaría el tratamiento (Greenfield, 1999; Wallace, 2001).

Gracias al avance de la tecnología, existen programas para computadora como el ICQ, los Messengers de Yahoo o de Hotmail, los cuales nos permiten comunicarnos en tiempo real de forma teclada o auditiva con amigos, parientes, compañeros de trabajo y en este caso con los pacientes. Un ejemplo de esto se puede encontrar en la página web: <http://psicoterapiaonline.home.icq.com/>, donde el tratamiento psicológico se hace por medio del programa ICQ. Pero en caso de que no se puedan utilizar los programas ya existentes, la tecnología nos permitiría crear un medio de comunicación o programa de mensajería instantánea (chat) para comunicarnos con los clientes, y así atenderlos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individual o grupalmente (véase anexo 6). Este tipo de programas son los más accesibles en México, ya que la tecnología, en cuanto a la videoconferencia, no es tan avanzada ni fomentada como en otros países (Pergament, 1998). Aunado a esto, actualmente pocas personas tienen una web-cam en sus computadoras y es más viable que tengan contacto vía chat que audiovisual.

En la opinión del autor de la tesis y en la del Dr. Galán (Sánchez, 2001) este tipo de tratamiento tiene futuro, ya que el "fenómeno Internet" va incorporándose a la vida cotidiana cada vez más, encontrando casi en cualquier esquina una computadora conectada al Internet. Además conforme pasa el tiempo, otros servicios se van incorporando al Internet, siendo probablemente, una herramienta para solicitar cualquier servicio. Pues como dijo el Dr. F. Puente (comunicación personal, Abril 15, 2002): "el Internet vino para quedarse".

Según informes del IMSS, se registran poco más de 28 mil internamientos al año, debido a males derivados del consumo y exposición al tabaco. Por lo que la gran demanda de pacientes impide atender a todas las personas quienes desean dejar de fumar (<http://www.correodehoy.com.mx/1999/310599/elpais8.html>), y esta propuesta podría ser una opción para atender a un mayor número de pacientes, generando también una fuente de trabajo tanto para los psicólogos actuales como para la nueva generación de psicólogos "virtuales", colaborando a la evolución de la psicología y sus tratamientos

El programa sería innovador en muchos sentidos, ya que en México no se ha llevado a cabo mucha investigación sobre la psicología en Internet, siendo esta propuesta una pequeña parte del estudio que se está llevando a cabo actualmente.

2. Materiales para llevar a cabo la psicoterapia vía Internet.

Gracias al incremento acelerado de la tecnología, las computadoras y sus accesorios han bajando de precio, permitiéndonos obtener una computadora con mayor facilidad que hace 15 años.

Para llevar a cabo el proyecto se necesitan varias computadoras, esto para dar el mejor rendimiento del programa y brindar seguridad tanto a los pacientes como al terapeuta, además de ofrecer mejor servicio y mayor confianza. Para esto se requiere de lo siguiente para ambas partes.

Requerimientos mínimos para llevar a cabo una Intervención Psicológica por Internet.

- ✓ Windows 95 o 98 en adelante.
- ✓ 32 MB en RAM.
- ✓ 500 MB en disco duro.
- ✓ Procesador 486 Mhz o superior.
- ✓ Módem de 56 kbps.
- ✓ Conexión a Internet.
- ✓ Internet Explorer o Netscape.
- ✓ Correo electrónico (e-mail).
- ✓ Programa para Internet: Messenger de Hotmail o ICQ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✓ Conocimientos mínimos de computación y Office.
- ✓ Pantalla con resolución mínima de 600 por 800 píxeles.
- ✓ Scanner (opcional para el paciente).
- ✓ Web-cam (opcional).

Una vez obtenidos los requerimientos mínimos para llevar la intervención por Internet, se necesita de un portal que contemple los siguientes servicios:

- ✓ Información.
- ✓ Anuncios dinámicos (banners).
- ✓ Envío de comentarios.
- ✓ Salones privados para consulta en línea (chat rooms).

Y ahora con estas herramientas se puede iniciar la Intervención por Internet.

3. Procedimiento.

Ahora, ¿cómo encontraríamos a los pacientes? Un esfuerzo en conjunto con diferentes escuelas, universidades o instituciones (por ejemplo la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. o el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) nos podrían proporcionar a los pacientes, que por diferentes causas, no pueden tener un contacto cara a cara con un psicólogo.

Este tipo de intervención psicológica también se podría ofrecer a empresas, en donde, según la Encuesta Nacional de Adicciones (1998), se consume una gran cantidad de tabaco debido al estrés que causa el trabajo, difundiendo de esta manera el tratamiento. Entonces, el paciente podría solicitar el servicio por vía Internet o ser canalizado por alguna institución asociada, y la primera entrevista podría ser personal o por la página web diseñada para este fin, es decir para quede más claro al lector, si en un buscador (yahoo, google, msn etc.) se escribe: "dejar de fumar" o "tabaquismo" la página desarrollada para tal fin se desplegaría dentro de los resultados obtenidos, dando la opción al paciente de escoger esta e-terapia en la página Web, donde se ilustran las técnicas utilizadas, riesgos y beneficios, dinámicas, políticas de acceso y datos estadísticos con relación al tabaquismo.

Políticas de acceso:

- Entrar a sesión por medio de un password otorgado por el psicoterapeuta.
- Aceptación de la terapia, por escrito, aceptando sus ventajas, desventajas, derechos y obligaciones.
- Estar sólo la hora de la sesión.
- No navegar en otros sitios web durante la sesión.
- Esperar la respuesta del psicoterapeuta una vez terminada la del paciente y viceversa.
- Respetar la Netiqueta (ver pag. 39).
- Y demás políticas que se irán implementando a lo largo del desarrollo del programa.

Una vez escogido este tipo de intervención y respetando las políticas de acceso, el paciente dejaría un mail en la página y posteriormente los psicólogos se contactarían con éste por el mismo medio, dejándole su contraseña para entrar a la sala de sesiones, citándolo a una hora y llevando a cabo la primera entrevista en línea. O en el caso de que un psicólogo esté en línea en ese momento, éste lo atenderá en tiempo real en un cuarto de chat (ver anexo 6).

3.1. Descripción del tratamiento.

Las sesiones se darán una vez a la semana, de Lunes a Viernes, con una duración de 1 hora. El tratamiento duraría dependiendo del nivel de adicción que tenga el paciente, pero se piensa que no será menor de 10 sesiones (2-3 meses aprox.), pues en la mayoría de los procedimientos cognitivo-conductuales por Internet, el tratamiento constan de 9 a 17 sesiones (Klein & Richards, 2001; Lange et al. 2000).

3.2. Descripción de las sesiones:

1ra. y 2da. Sesión: presentación del psicoterapeuta, se establece el Rapport, se elabora la ficha de identificación, se aborda el motivo de consulta, se explica el sistema, se pide autorización para grabar las sesiones, se establece el contrato terapéutico y se le proporciona un password.

3ra. Sesión en adelante: se inicia con la historia clínica por áreas, las que se llevarán a cabo a lo largo de varias sesiones y se irán completando según el tratamiento. Asimismo, se estudiarán los antecedentes y los factores de riesgo.

Áreas que se abordarán en la historia clínica.

- > Área infancia
- > Área adolescencia
- > Área adulta
- > Área conyugal
- > Vida actual

Una vez terminada la historia clínica, se explicaran las técnicas utilizadas para dejar de fumar por Internet.

- > *Técnicas de rehabilitación conductual; explicación de la línea base, en que consiste el registro o la frecuencia de la conducta que quiere modificar.

Es importante aclarar que no se puede establecer exactamente el número de sesiones, ya que depende mucho de la historia del paciente, el prolongar o no, las sesiones en un área en especial, es decir, no se tendrá exactamente determinado el número de la sesión en que se abordara cierta etapa de su vida, ni tampoco se va a presionar al paciente a que termine en una sesión un área de su vida, pero tampoco dejar que se prolongue demasiado (Phares, 1999).

*Técnicas:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Técnicas de relajación respiratoria, muscular o no invasivas.
- Técnica de desintoxicación (6-8 vasos con agua simple diarios y una dieta balanceada)
- Técnica de caminata o ejercicio.
- Técnica educativa.
- Reestructuración cognitiva
- Técnica de auto monitoreo.
- Técnica modificación de condicionantes.
- Recreativa u ocupacional.
- Lista de reforzadores.
- Técnica nicotina en goma de mascar.

No esta de más señalar que las técnicas se proporcionarían al paciente después de un estudio, en el cual el paciente mismo nos dirá que técnica de relajación se le acomoda o resulta más eficaz, por ejemplo a una persona le resultaría más fácil o efectiva una técnica de relajación muscular que respiratoria, o puede manifestar que se relaja mucho mejor escuchando música, entonces le recomendaríamos un CD de audio para relajarse. Al mismo tiempo los psicólogos podremos decidir que técnica le será administrada.

Algo que preguntan mucho los psicólogos al autor de la tesis es: ¿cómo administrar las técnicas de relajación por Internet? Una forma de administrarlás es por medio del formato Mp3, es decir, el psicólogo puede grabar los pasos a seguir de una técnica de relajación, por ejemplo el método de relajación de Jacobson que se enfoca en enseñar al paciente en tensar y relajar grupos particulares de músculos y distinguir entre las sensaciones de relajación y tensión. Esta grabación puede ser hecha por el mismo psicólogo y grabarla en la computadora, proporcionándosela al paciente por medio de correo electrónico o en tiempo real y así el paciente la podría practicar cuando la necesite. Otra forma de administrar los ejercicios de relajación es por medio de ayuda visual (ver anexo 3).

Todas estas técnicas se van a trasladar a Internet, aprovechando las ventajas de éste, como por ejemplo, para elaborar la línea base o el registro de automonitoreo, el paciente podría hacerlas mientras trabaja en la computadora, y así, poder mandar el registro por correo electrónico a la hora de la sesión o escanearla en caso de que no pudiera permanecer en la computadora y enviarla antes, durante o después de la sesión.

4. Seguridad en la Internet

La seguridad del paciente al ofrecerle cualquier tipo de servicio de salud es indispensable (Reed et al., 2000). Pero el ofrecer ésta en Internet es un poco complicado, ya que existe mayor facilidad para romper los códigos de seguridad de cualquier computadora, que romperlos físicamente (cerrojos, cámaras, puertas, etc.), y así, obtener información confidencial.

En México, la desconfianza de dejar datos personales, tales como el número de tarjeta de crédito, dirección, teléfono etc. en una página web es considerable, pues la seguridad en la red no está plenamente garantizada. Desgraciadamente existen muchos Hackers en la red, los cuales se dedican a obtener provecho de números de tarjetas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

crédito (Taboada, 2002). Pero también existe la tecnología para evitar este tipo de transacciones ilícitas, aunque a un precio elevado. En la actualidad existen los "firewalls", que sirven para evitar que terceras personas, dentro de la red, vigilen o espíen los archivos y movimientos de alguna persona. Éste tipo de protección se instalarían en el programa, asegurando la integridad del consumidor y del servicio. En adición, para la seguridad del servicio y del usuario, cada determinado tiempo se le dará un nuevo password al paciente para entrar a su e-terapia, y así, burlar a impostores.

5. El pago de honorarios a través de Internet

En este tipo de intervención el costo se reduce, ya que se elimina el pago por pasajes o gasolina, limpieza del lugar, renta, muebles, agua y otros gastos llevados en terapia tradicional que se ven reflejados en la cuota de los psicólogos que van desde \$350 hasta \$1,500 por una sesión de 45 minutos. Por esta razón vale la pena estudiar la psicoterapia vía Internet, pues sin tener tanta inversión se podría tener un consultorio "virtual" reduciendo las cuotas hasta un 50% (Pergament, 1998, p.1), tomando en cuenta los pagos por hospedaje en Internet, renta y mantenimiento de la computadora, dando un costo por terapia de \$50 a \$150 por sesión y llegando a más usuarios en poco tiempo. A la par con la experiencia del Dr. F. Puente (comunicación personal, Abril 8, 2002), "suponiendo que el 2% de la población usuaria de Internet, utilizara este servicio de salud, se tendría una entrada de 3563 beneficiarios", compensando los gastos de cómputo e Internet.

Debo aclarar que este servicio en periodo de experimentación no se cobraría, pues por su misma naturaleza, no se pueden asegurar resultados 100% efectivos. Pero como esta es una investigación, en parte, de los pasos e infraestructura para poner un consultorio virtual, es importante abarcar este tópico.

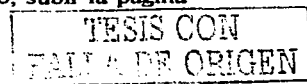
En el caso de que este servicio se cobrará, hay que tener en cuenta que la psicoterapia vía Internet difícilmente se podría pagar a través de tarjeta de crédito, ya que en México, el costo de este servicio es muy elevado y la confianza de los mexicanos a este tipo de cobro aún es muy poca, según un estudio del grupo Reforma (2002). Asimismo, una buena parte de las ganancias se verían absorbidas por este servicio, siendo más fácil y económico un tipo de cobro a través de un depósito bancario.

Lo práctico de la intervención por Internet, es que algunos psicólogos podrían llevar la "e-terapia" desde la comodidad de su casa, ahorrándose gasolina, hospedaje (en caso de pacientes foráneos), estrés, tráfico etc. facilitándose la atención y hasta contribuyendo al medio ambiente.

6 Propuestas para llevar a cabo la Psicoterapia Vía Internet

A continuación se presentan tres propuestas con sus respectivos presupuestos para el desarrollo del programa, planteando el uso de la tecnología y bases que soportaran el sistema o aplicación.

El primer presupuesto, que es el más barato, es el portal que se hará gracias a las herramientas y facilidades que nos brinda Internet, como por ejemplo, subir la página



web en un portal que no tenga costo alguno, por ejemplo en www.geocities.com/psicologos/tabaquismo/etc/etc.com, el cual es el más accesible por su bajo costo pero muy limitado y sin la seguridad adecuada. La segunda opción es una combinación entre la primera y la tercera propuesta, la cual es la más cara (la tercera), pero la cual tiene todos los requerimientos de seguridad, tecnología de punta y todo lo que una página web necesita para competir con las mejores.

Principalmente se requiere un portal en la Internet que contemple servicios de:

- ✓ Información.
- ✓ Anuncios dinámicos (banners).
- ✓ Envío de comentarios.
- ✓ Salones privados para consulta en línea (chat rooms).
- ✓ Sistema de cobro por medio de tarjeta de crédito (3ra propuesta).

Primera propuesta:

Información:

-Diseño de un sitio Web 2D con texto e imágenes fijas. Hospedado en un host gratuito. (Hotmail, Yahoo!, Geocities, etc.).

Anuncios dinámicos:

-Uso de free tools para animación de imágenes gif.

Envío de Comentarios:

-Uso de código mailto: para lanzar aplicación de correo electrónico del usuario.

Salones Privados para Consulta:

-Uso de MS Messenger Hotmail, ICQ o messenger de Yahoo para consulta en línea. Las políticas de acceso se generan fuera del programa Messenger, y no se incluyen en la propuesta, pueden ser en base a la cuenta de correo, horario predefinido, etc.

Infraestructura Necesaria:

Para el desarrollo de la zona "Información", los "Anuncios dinámicos" y el "Envío de comentarios" se necesita:

Una Computadora PC de escritorio con las siguientes características mínimas:

- ✓ Procesador Pentium 133Mhz o superior.
- ✓ Disco Duro de 2 Gbytes.
- ✓ Memoria RAM 64 Mbytes.
- ✓ Monitor Color 17".
- ✓ Modem 56 Kbps.
- ✓ Gabinete Minitorre, Mouse, teclado, CD ROM y bocinas.
- ✓ Windows 95 o superior.
- ✓ Microsoft Messenger.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para usar el portal se necesita:

- ✓ Para cada uno de los clientes (pacientes) y servidores (psicólogos) una computadora con las características anteriores.
- ✓ Acceso vía MODEM a Internet con algún proveedor de servicios (Telmex, Avantel, AT&T, etc.).
- ✓ Una cuenta de correo electrónico en el sitio Hotmail.com (preferentemente).

Segunda propuesta:

Información:

-Diseño de un sitio Web 2D con texto e imágenes dinámicas. Hospedado en algún servicio de hosting.

Anuncios dinámicos:

-Uso de herramientas para animación de banners, imágenes y letreros dinámicos.
Tecnología: Flash

Envío de Comentarios:

-Desarrollo de Aplicación para recibir y publicar "Preguntas y Comentarios" (Foro), se genera una base de datos para manipularla en Excel. Tecnología: HTML y Java.

Salones Privados para Consulta:

-Desarrollo de Aplicación para "Registro en Línea", generando una base de datos para manipularla en Excel. El registro lo puede hacer el usuario que ingrese al portal o el administrador desde su terminal. Tecnología: HTML y Java.

- Desarrollo de aplicación para "Consulta en Línea" (chat room).
Las políticas de acceso se generan a través del programa para permitir el acceso a usuarios debidamente registrados. Tecnología: HTML y Java.

Infraestructura Necesaria:

Para soportar la aplicación "Envío de comentarios" y "Salón Privado" se necesita:

- ✓ Algún proveedor de servicios de hosting, es decir, hospedaje de paginas web (Telmex, Avantel, AT&T, etc.).
- ✓ Acceso FTP al servicio de hosting.
- ✓ Una cuenta de correo electrónico con el proveedor de servicios de Internet (por ejemplo webmaster@avantel.com.mx).

Para usar el portal se necesita:

- ✓ Para cada uno de los clientes (pacientes) y servidores (psicólogos) una computadora con las características de la primera propuesta.
- ✓ Acceso vía MODEM a Internet con algún proveedor de servicios (Telmex, Avantel, AT&T, etc.).
- ✓ Una cuenta de correo electrónico con el proveedor de servicios de Internet (minombre@avantel.com.mx) o en algún sitio que ofrezca este servicio (Hotmail, Yahoo!, etc.).

Tercera propuesta:

Información:

-Diseño de un sitio Web 2D con texto e imágenes dinámicas. Hospedado en un servidor de web propio.

Anuncios dinámicos:

-Uso de herramientas para animación de banners, imágenes y letreros.
Tecnología: Flash

Envío de Comentarios:

-Desarrollo de Aplicación para recibir y publicar "Preguntas y Comentarios" (Foro), se genera una base de datos de tipo texto para manipularla en Excel.
Tecnología: HMTL y Java.

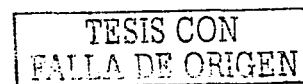
Salones Privados para Consulta:

-Desarrollo de aplicación para "Registro en línea", generando una base de datos para manipularla en Excel. El registro lo puede hacer el usuario que ingrese al portal o el administrador desde su terminal. Tecnología: HTML y Java.

-Desarrollo de aplicación para "Consulta en línea" (chat room).
Las políticas de acceso se generan a través del programa para permitir el acceso a usuarios debidamente registrados. Tecnología: HTML y Java.

-Instalación de una terminal punto de venta virtual "VPOS", la cual se instalara en el servidor donde se tiene el portal de comercio. Esta terminal recibirá el pedido y de manera automática se conectará con el banco que afilie el servicio de cobro vía tarjeta de crédito, a fin de solicitar la autorización de la transacción. El portal, nunca tiene acceso al número de cuenta de la tarjeta de crédito por cuestiones de seguridad. De ser autorizada la transacción, el comercio recibe el pago a las 24 horas de haber realizado el cierre del día. Esta solución requiere de un certificado digital SET (Secure Electronic Transaction) que proporciona el Banco por medio de VISA. Esto avala al portal, como un comercio legítimo y le da la garantía a los consumidores, que están accedendo a un portal reconocido y legal. Tecnología: SET (Secure Electronic Transaction).

Infraestructura Necesaria:



Para soportar la aplicación "Envío de comentarios" "Registro en línea" y "Salón Privado", así como la terminal "VPOS" se necesita mínimo:

- ✓ Canal de 64 kbps o superior, con algún proveedor de servicios de acceso a Internet.
- ✓ Switch mínimo de 4 puertos 10/100 Mbps.

Equipo de seguridad Firewall con las siguientes características mínimas:

- ✓ Procesador Pentium III 500 MHz.
- ✓ Disco Duro de 10 Gbytes.
- ✓ Memoria RAM 256 Mbytes.
- ✓ Monitor Color 17".
- ✓ Gabinete Torre, Mouse, Teclado, CD ROM.
- ✓ Sistema operativo para red Windows NT, 2000 Server.
- ✓ Software e-trust Firewall.

Servidor de WEB (HTTP) con las siguientes características mínimas:

- ✓ Procesador Pentium III 700 MHz.
- ✓ Disco Duro de 30 Gbytes.
- ✓ Memoria RAM 256 Mbytes.
- ✓ Monitor Color 17".
- ✓ Gabinete Torre, Mouse, Teclado, CD ROM.

7. Presupuesto

El presupuesto es difícil de calcular, ya que los precios de la tecnología para la tele salud cambian constantemente, lo cual significa que los precios estimados cambiarían en cuestión de meses o días.

Propuestas estimadas del segundo semestre del 2001.
(Los precios están cotizados en Dólares.)

Propuesta 1:

-Diseño e implementación del portal
5 horas de consultoría.

Costo:

\$500

Propuesta 2:

-Diseño e implementación de la zona de información
y los anuncios dinámicos.

\$700

-Desarrollo e implementación de aplicación "preguntas y

comentarios" (foro).	\$3200
-Desarrollo de aplicación para "Registro en línea".	\$2200
-Desarrollo de aplicación para "Consulta en línea" (chat room).	\$4600
-Servicio de hospedaje de páginas (mensual promedio).	\$200

Propuesta 3:

-Diseño e implementación de la zona de información y los anuncios dinámicos.	\$700
-Desarrollo e implementación de aplicación "preguntas y comentarios" (foro).	\$3200
-Desarrollo de aplicación para "Registro en línea".	\$2200
-Desarrollo de aplicación para "Consulta en línea" (chat room).	\$4600
-Instalación de una terminal punto de venta virtual "VPOS" (costo promedio).	\$6000
-Equipo de cómputo Firewall. Procesador Pentium IV 1.46 GHz. Disco Duro de 30 Gbytes. Memoria RAM 256 Mbytes. Monitor color 17". Gabinete torre, mouse, teclado, CD ROM.	\$1350
-Equipo de cómputo Web Server. Procesador Pentium IV 1.46 GHz. Disco duro de 30 Gbytes. Memoria RAM 256 Mbytes. Monitor color 17". Gabinete torre, mouse, teclado, CD ROM.	\$1350
-Sistema Operativo Windows 2000 Server (incluye IIS).	\$800
-Sistema Operativo Linux (RED HAT 7.1 o Mandrake 7.1).	\$20
-Apache Web Server.	\$200
-Switch 3Com de 8 puertos.	\$150
-Renta mensual de canal de 64 Kbps para acceso a	

Internet (promedio).	\$600
-Instalación y configuración de equipo FireWall.	\$1100
-Instalación y configuración de equipo Web Server.	\$1100

Como se puede observar se contemplaron desde el presupuesto mas económico hasta el más elevado, teniendo en cuenta que el psicólogo pudiera llevar la e-consulta de forma espontánea (1ra. propuesta), hasta toda una infraestructura bien planeada para brindar el mejor servicio (3ra. propuesta), aunque a un precio elevado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO X

1. Conclusiones

Durante la investigación documental, el autor de la tesis considera que se cubrieron los objetivos planteados, permitiendo al lector conocer, de forma general, la psicoterapia vía Internet, su practica regulación e investigación, aplicado al problema del tabaquismo, ya que el tema es nuevo y no existe aún mucha información sobre esto, pero se obtuvo la más importante y la que las circunstancias nos permitieron.

A lo largo de las investigaciones para el tratamiento del tabaquismo, se ha comprobado que el trabajo en conjunto con las diferentes disciplinas, en este caso las médicas-farmacológicas y psicológicas, son la mejor opción para dejar de fumar. Es difícil hablar de un solo tratamiento puramente médico-farmacológico o psicológico, siendo la combinación de estos los que arrojan los mejores resultados, junto con la aceptación del usuario de que tiene un problema. Estos componentes pudieran trasladarse al Internet y así obtener los mismos resultados que en una terapia tradicional, teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de la comunicación por Internet, como se ha hecho con varios estudios sobre el tema.

A partir de esta investigación, se concluyó que la psicoterapia por Internet ha alcanzado una importancia que muchos no la concederían, por ejemplo tratar padecimientos psicológicos, grupal o individualmente bastantes severos, como la bulimia, depresión, adicciones, dolores de cabeza y hasta un psicoanálisis formal con buenos resultados (ver capítulo 5).

Para muchos, la psicoterapia por Internet es para la gente mentalmente débil, que no quiere comprometerse, o para personas con baja autoestima, pero los resultados e investigaciones realizadas hasta ahora, nos hacen replantearnos esta creencia, haciéndonos ver que puede ser casi para cualquier gente que tenga o no tenga experiencia con la computación.

Aunque la red se diseñó especialmente para descentralizar la información vital de un país en caso de un ataque nuclear, los virus cibernéticos también han sido diseñados para destruir ésta, donde quiera que esté, dando origen a una "guerra informática o cibernética", aunque suena paradójico el inventar la red para salvar la información, los virus la buscan destruir, trasladando la guerra a los medios de comunicación por computadora.

Si nos adentramos a este nuevo tipo de intervención, hay que tener en cuenta que si la psicoterapia vía Internet es mal usada (por ejemplo, como estrategia de mercado), podría llegar a ser mucho más perjudicial y costoso, tanto para el paciente como para el psicoterapeuta, llegando a perder credibilidad y confianza a todo el trabajo e investigación que se ha realizado sobre este controversial tema.

Definitivamente la revolución informática viene, y junto con ella nuevos retos que enfrentar dentro del campo de la psicología, como la adicción a la Internet, trasladar Test psicológicos al Internet, diagnóstico en línea y ética para los psicólogos en línea, y no podemos darle la espalda a las nuevas corrientes, sino adentramos con un punto de vista analítico y funcional, junto con ingenieros especialistas en el tema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Definitivamente hay que prepararnos y no quedarnos en el rezago tecnológico o a expensas de los otros países.

La psicoterapia a través de la Internet, no es más fácil, ni más simplificada que una psicoterapia cara a cara, puede ser igual o más dedicada terapéuticamente, pues no es fácil hacer un diagnóstico por medio de la computadora (Phares, 1999), pero si es más factible mandar y recibir información pertinente, tener un contacto más directo (desinhibido) y rápido que un tratamiento normal.

La psicoterapia por Internet no ofrece nuevos temas a descubrir y estudiar, dentro de la psicología en México.

El autor de la presente tesis, también concluye que la psicoterapia vía Internet en México estaría dirigida o atraída por personas que tuvieran ingresos económicos fijos, es decir con trabajo, pues la resistencia de unos papás a pagar o para que un hijo tome una psicoterapia vía Internet sería considerable, y en cambio con una persona económicamente activa no tendría tanto problema en decidir que tipo de intervención desea o se le acomoda.

Conforme al Principio 9 (ver capítulo 7), el autor de esta investigación, está de acuerdo que no se debería pedir ninguna licencia adicional para ejercer la psicoterapia vía Internet, pero sí tener el conocimiento de para comunicarnos a través de Internet, pues de acuerdo con Suler (1999), cualquiera puede hablar pero no cualquiera puede escribir, y esto habría de tomarse en cuenta para las dos partes involucradas en la terapia en línea.

Una vez que se establezca formalmente la psicoterapia vía Internet como una opción más dentro de los tratamientos psicoterapéuticos, la consulta sería más confiable, porque con la aceptación de ésta, surgiría mayor competencia que se derivaría a mejor trabajo y más regulación.

Definitivamente la psicoterapia vía Internet puede enriquecer a la psicoterapia tradicional o puede ser el primer paso para la psicoterapia cara a cara, o hasta podría sustituir la psicoterapia cara a cara, pero esto lo decidirá el paciente y los resultados que se obtengan en un futuro no muy lejano.

Hasta que alcancemos la confianza cibernética, muchos de los servicios de Internet progresarán.

Aún cuando existan numerosos artículos publicados en red o en revistas científicas, que proporcionan evidencia empírica del éxito de los grupos de apoyo on-line en una gran variedad de problemas psicológicos, es difícil sustentar la efectividad de ésta. Muchos estudios de la psicoterapia on-line han sido presentados en conferencias o artículos y estos ha demostrados claramente su efectividad en cada intervención. Pero sería muy apresurado decir que es la panacea del futuro y los resultados irán delimitando sus limitaciones y alcances.

2. Limitaciones y sugerencias

La idea original, de la cual partió la presente investigación, fue desarrollar una propuesta de Intervención Psicológica por Internet, para pacientes con problemas de tabaquismo, y posteriormente llevar a cabo un estudio comparativo entre ésta y un tratamiento convencional de orientación cognitivo-conductual, no obstante la dispersión de datos acerca del tema, la desconfianza de que esta terapia fuera a traer dificultades, la falta de acuerdo en temas legales y éticos, me limitaron a realizar una extensa revisión bibliográfica y plantear mi propuesta de intervención.

A la fecha, la validez de este nuevo tipo de terapia está en discusión y sólo los resultados obtenidos en un futuro podrán determinar su eficacia.

Otra de las limitantes encontradas durante el desarrollo del presente trabajo fue la inaccesibilidad a todos los artículos publicados, esto fue, en parte, porque las revistas Internacionales que se dedican a este tema no llegan a México, por lo innovador del tópico, y para tener acceso completo a éstos, hubiera tenido que pagar por una suscripción \$2,000 ó más anualmente, para poder revisarlos. Además el idioma constituyó un obstáculo, pues no sólo son artículos publicados en inglés, sino también en japonés, alemán, chino y brasileño.

Sugerencias

Definitivamente se le sugiere al lector, que al llevar a cabo este tipo de Intervención, revise nuevamente las condiciones éticas que rigen la psicoterapia vía Internet, ya que pueden cambiar constantemente debido a lo nuevo del tema, además que éstas van ir delimitándose conforme a los resultados que se vayan obteniendo.

A la psicoterapia vía Internet no se le debe ver como un tratamiento mucho más fácil que la psicoterapia tradicional, sino como una nueva forma de procedimiento que se estudiará para una mejor atención al usuario, por lo que es un trabajo doble.

Desafortunadamente los temas relacionados con la Internet cambian constantemente, por lo que hay que informarse constantemente de los avances tecnológicos y de la información que gira dentro de la Web.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO:

BackBone:

El Backbone es como la columna vertebral del Internet, ahí están conectadas las principales redes y corporaciones, ésta es la red de más alta velocidad donde se conectan otras redes de menor velocidad y que éstas a su vez, tienen otras conectadas ... y así hasta llegar a una pequeña computadora personal.

CD-ROM:

Es el acrónimo del Compact Disc- Read Only Memory (disco compacto solo para lectura de memoria).

Mp3:

Es un formato estándar para archivos sonoros o musicales en calidad digital. Su mayor virtud radica en que comprime a menos de un doceavo el tamaño original del archivo. Esto le otorga la cualidad de ser muy pequeño, y de ahí su fácil circulación por Internet y la posibilidad de poder guardar mucho más archivos de este tipo que los de ondas tradicionales en cualquier soporte (como la computadora o un CD).

Protocolo:

Un protocolo es una descripción formal de los formatos de los mensajes y las reglas que deben seguir dos ordenadores para intercambiar dichos mensajes. Los protocolos pueden describir detalles de bajo nivel de los interfaces de máquina a máquina (por ejemplo, el orden en el cual deben enviarse bits y bytes a través de un cable) o intercambios de alto nivel entre programas (por ejemplo, la forma en que dos programas transfieren un fichero a través de la Internet).

Usenet:

Usenet es una especie de pizarrón virtual, en el cual, uno puede dejar su mensaje duda o hasta noticia de algún tema, posteriormente otro usuario pudiera contestar su mensaje en el mismo pizarrón virtual. El Usenet esta dividido por grupos de noticias "Newsgroups" los cuales tiene diferentes temas divididos jerárquicamente, solamente tienes que escoger el "newsgroup" que te interesa, dejar el mensaje y posteriormente revisar si alguien le interesó tu tema y lo respondió.

Referencias Bibliográficas

- Ψ Adell, J. & Bellver, C. (1994). La Internet como Telaraña: El World-Wide Web. Recuperado el 8 de Abril de 2002, de <http://www.uv.es/~biblios/mei3/Web022.html>
- Ψ American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Ψ American Psychological Association. (2002). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ψ American Psychological Association Ethics Committee. (1998). Services by Telephone, Teleconferencing, and Internet: A statement by the Ethics Committee of the American Psychological Association. *American Psychologist*, 53, 979. Recuperado el 22 de Julio de 2002, de <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>
- Ψ Asociación Psiquiátrica Americana. (1999). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ta ed.). Barcelona, España: Mason.
- Ψ Bandura, A. (1969) *Principles of Behavior Modification*. Nueva York: Rinehart y Winston.
- Ψ Barak, A. (2001). Online therapy outcome studies. Recuperado el 16 de Agosto de 2001, de <http://www.ismho.org/issues/cswf.htm>
- Ψ Barak, A. & Wander-Schwartz, M. (1999). Empirical Evaluation of Brief Group Therapy Conducted in an Internet Chat Room. Recuperado el 3 de Noviembre de 2002, de <http://www.brandeis.edu/pubs/jove/HTML/V5/CHERAPY3.HTM>
- Ψ Becoña, E., Palomares, A. & García, M. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. España: Pirámide.
- Ψ Belsasso, G. (2001). El tabaquismo en México. CONADIC Informa, Mayo. 25p.
- Ψ Bermejo, M. A. (2001). Eficacia y Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual Vía Internet. Recuperado el 3 de Septiembre de 2002, de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/>
- Ψ Bredeweg, B., Koopman, P., Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Ven, J. & Roosen, B. (2001). Designing Counselling Systems for the WWW. Recuperado el 3 de Noviembre de 2002, de <http://www.swi.psy.uva.nl/usr/bert/papers/webnet98.html>
- Ψ Brundtland, H. G. (1998). Recuperado el 15 de Diciembre de 1999, de <http://www.tabaquismo:novedades.com>

- Ψ Cautela, J. R. (1967). Covert Sensitization. *Psychological Reports*, 20, pp 459-468.
- Ψ Ciberadicción (s/f) Recuperado el 10 de Octubre de 2002, de <http://personales.com/espana/madrid/apsired/Ciberadi.htm>
- Ψ Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., Dev, P., & Taylor, C. B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 650-657.
- Ψ Cohen, G. E., & Kerr, B. A. (1998). Computer-Mediated Counseling: An Empirical Study of a New Mental Health Treatment. *Computers in Human Service*, 15 (4), 13-26
- Ψ Cutter, F. (1996). Virtual psychotherapy?. *Psynews International*, 1 (3). Recuperado el 20 de Agosto de 2002, de <http://netpsych.com/virtual.htm>
- Ψ Chávez, J. A. & López, G. (2001, 15 de Octubre). Los héroes ocultos de Internet. *Periódico "Reforma"*, sección Interfase, pp. 1a y 9a.
- Ψ Chellet, T. (1999, 31 de Mayo). Registra la SSA. 120 muertes diarias por tabaquismo. *Periódico El Universal*. Sección Nacional. Recuperado el 19 de Julio de 2001, de <http://www.unam.mx/universal/net1/1999/may99/31may99/nacional/02-na-a.html>
- Ψ Childress, C. (1998). Potential Risks and Benefits of Online Psychotherapeutic Interventions. Recuperado el 3 de Noviembre de 2002, de <http://www.ismho.org/issues/9801.htm>
- Ψ Durand, G. F. (1996). Internet, Ciberespacio y Psicoanálisis. *Revista Intercontinental de Psicoanálisis Contemporáneo*, 1 (1&2). 65-99.
- Ψ Encuesta Nacional de Adicciones. (1998). Secretaría de Salud; Dirección General de Epidemiología
- Ψ Erdman, H. P., Klein, M. H. & Greist, J. H. (1985). Direct Patient Computer Interviewing. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 53, 760-773.
- Ψ Escayola, G. L. (1988). Revisión histórica de técnicas terapéuticas para la eliminación del tabaquismo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Ψ Espino, G. G. (1995). "Tratamiento del tabaquismo", *Addictus*, 2 (7), 24-27.

- Ψ Estallo, M. J. (1997, Junio). Ciberadicción: ¿Una nueva ludopatía?. Institut Psiquiàtric. Dpto. de Psicología. Recuperado el 20 de Agosto de 2002, de <http://www.ub.es/personal/psicopat.htm>
- Ψ Estallo, M. J. (2000). Internet: Uso y abuso. Artículo presentado en el 2º Congreso de Psicología e Internet, Toledo, Marzo de 2000. Recuperado el 7 de Diciembre de 2002, de www.psiquneed.net/2Congreso/JuanAlberto_Estallo.htm
- Ψ Fenichel, M. (2001, Julio 24,). *A Response to the Clinical Social Work Federation Position Paper on Internet Text-Based Therapy. A response from the president of ISMHO, Michael Fenichel, Ph.D. to the Clinical Social Work Federation's position paper on online therapy.* Recuperado el 29 de Octubre de 2002, de <http://www.ismho.org/issues/cswf.htm>
- Ψ Fiore, C. M. (1992). *Tabaquismo de cigarrillos. Guía clínica para la valoración y el tratamiento.* México: Interamericana McGraw-Hill.
- Ψ Freud, S. (1995). Freud Total 1.0. Multimedia Viewer (Versión 2.0) [Software de cómputo]. España. Ediciones Nueva Hélide.
- Ψ García, D. H. (2000). Internet como instrumento de apoyo a la educación. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Ψ Garibay, C. M. & Hoffer, C. E. (2001). La Influencia de la Internet en la socialización de los adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Ψ García-Pelayo, R. (Dic.). (1985). *Follow me.* (1ra ed., Tomo 2). México: Larousse.
- Ψ Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder – Diagnostic criteria. Internet Addiction Support Group (IASG). Recuperado el 30 de Noviembre de 2002, de <http://www.cybernothing.org/jdfalk/media-coverage/archive/msg01305.html>
- Ψ Greenfield, D. N. (1999). The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Presentado en los encuentros de la APA de Boston, Massachussets, 20 de Agosto de 1999. Recuperado el 17 de Noviembre de 2002, de www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm
- Ψ Greenson, R. R. (1997). *Técnica y Práctica del Psicoanálisis.* México: Siglo Veintiuno Editores.
- Ψ Grohol, J. M. (1997). Internet addiction guide. Recuperado el 6 de Noviembre de 2002, de <http://psychcentral.com/netaddiction/>
- Ψ Grupo Reforma, (2002, 2 de Septiembre). *Quién me protege en línea?. Periódico Reforma.* Recuperado el 2 de Septiembre de 2002, de <http://www.reforma.com>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

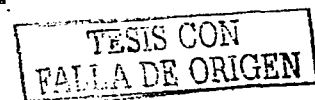
- Ψ Haas, J. L., Benedict, J. G. & Kobos J. C. (1996). *Psychotherapy by Telephone: Risk and Benefits for Psychologists and Consumers. Professional Psychology: Research and Practice*, 27 (2), 154-160.
- Ψ Hernández. S. J. (2001, 8 de Octubre). ¡A máxima velocidad!. *Periódico Reforma*, Sección "A" Interfase pp. 1a, 5a
- Ψ Hernández. S. J. (2003, 24 de Marzo). ¿Quién controla Internet?. *Periódico Reforma*, Sección "A" Interfase p. 3ª.
- Ψ Humphreys, K., Winzelberg, A. & Klaw, E. (2000). Psychologists' Ethical Responsibilities in Internet-Based Groups: Issues, Strategies, and a Call for Dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (5), 493-496.
- Ψ Iconomía. (2000, 13 de Marzo). *La Jornada*. Ciudad de México, p. 27.
- Ψ Jacobs, M. K., Christensen, A., Snibbe, J. R., Dolezal-Wood, S., Huber, A. & Polterok, A. (2001). A Comparison of Computer-Based Versus Traditional Individual Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (1), 92-96.
- Ψ Jerome, L. W. & Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a Therapeutic Environment for Telehealth Applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (5), 478-483.
- Ψ Jiménez, R. C., Solano, R. S., González de Vega, J. M., Ruiz, P. M., Florez, P. S., Ramos, P. A., Barrueco, F. M., Carrión, V. F. (s/f). Tratamiento del tabaquismo. *Recomendaciones SEPAR*. Recuperado el 2 de Febrero del 2003 de <http://www.separ.es/areas/pub23.htm>
- Ψ Kane, B. & Sands, D. Z. (1998). Guidelines for the clinical use of electronic mail with patients. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5 (1). Recuperado el 4 de Diciembre de 2002, de http://www.amia.org/pubs/other/email_guidelines.html
- Ψ Kanfer, H. F. & Goldstein, P. A. (1993). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (4a ed.). España: Biblioteca de psicología.
- Ψ King, S. A. (1995, Febrero). Using the Internet in the year 2005; Three Scenarios. Recuperado el 29 de Agosto de 2002, de <http://www.concentric.net/~Astorm/fiction.html>
- Ψ Klein, B. & Richards, J. C. (2001). A brief Internet-Based Treatment for Panic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 113-117.
- Ψ Koocher, G. P. & Morray, E. (2000). Regulation of Telepsychology: A Survey of State Attorneys General. *Professional Psychology: Research & Practice*, 31 (5), 503-508.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Ψ L'Abate L. (1991). The Use of Writing in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 87-98.
- Ψ Lange, A., Schirrieken, B., Ven, J., Bredeweg, B. & Emmelkamp, P. (2000). "Interapy": The Effects of a Short Protocolled Treatment of Posttraumatic Stress and Pathological Grief Through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 175-192.
- Ψ Latorre, P. J. & Beneit, M. P. (1992). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.
- Ψ Leiner, B. M., Cerf, V. G., Clark, D. D., Kahn, R. E., Kleinrock, L., Lynch, D. C., Postel, J., Roberts, L. G. & Wolff, S. (2002, Abril). A Brief History of the Internet. Recuperado el 3 de Abril de 2002, de <http://www.isoc.org/internet/history/brief.shtml>
- Ψ López, V. G. (2001, 28 de Mayo). Para estar siempre en contacto. *Periódico Reforma*. Sección "A". Interfase. pp. 1,5.
- Ψ López, D. M. (2001). Transporte de Voz sobre TCP/IP y su implementación con JMF. Tesis de Ingeniería en electrónica. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. México, D.F.
- Ψ Lorenzo, P., Leza, J. C., Ladero, J. M. & Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. España: Médica Panamericana.
- Ψ Madrid, L. R. (2001). Adicción a Internet: Conceptualización y Mecanismos explicativos. Recuperado el 30 de Septiembre de 2002, de http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/psiquiatria_e_internet/1814
- Ψ Maheu, M. M. & Gordon, B. L. (2000). Counseling and Therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research & Practice*, 31 (5), 484-489.
- Ψ Martí, B. (2001). Historia de la medicina. *Siglo Digital Estrategias para la Nueva Economía*, 2 (6), 28-37.
- Ψ McAlister, A., Perry, C. H. & Macoby, N. (1980). Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health*. 70, 719-721.
- Ψ Merlo, R. (1999). *La prevención como estrategia de desarrollo en las comunidades y reducción de los daños derivados del consumo de droga, en prevención, reducción del daño y cura de las fármaco-dependencias: experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en acción*. México, Caritas Arquidiócesis de México, IAP, Hogar integral de la juventud, Centro Juvenil promoción Integral, A.C., Cultura joven.
- Ψ Miravalls, J. (1997). *Navegar por Internet*. España: Espasa Práctica.

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

- Ψ Nickelson, W. D. (1998). Telehealth and the Evolving Health Care System: Strategic Opportunities for Professional Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (6), 527-535.
- Ψ Pergament, D. (1998). Internet psychotherapy: Current status and future regulation. *Health Matrix: Journal of Law Medicine*, 8 (2), 233, 47p. Recuperado el 2 de Septiembre de 2001 en la base de datos de la Facultad de psicología.
- Ψ Phares, E. J. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica* (2da ed.). México, D.F.: Manual Moderno.
- Ψ Pratarelli, M.E., Browne B.L. y Johnson, K. (1999). The bits and bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. *Behavior research methods, instruments and computers*, 31 (2), 305-314.
- Ψ Psicoterapia en Internet, Lineamientos teóricos. (sin fecha). Recuperado el 12 de Agosto de 2002, de <http://www.imago.com.ar/psicoterapia/intrp.htm>
- Ψ Puente, S. F. (1986). Tabaquismo. *Bol of Sanit Panam*, 101 (3), 234-243.
- Ψ Reed, G. M., McLaughlin, C. J. & Miholland, K. (2000). Ten Interdisciplinary Principles for Professional Practice in Telehealth: Implications for Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (2), 170-178.
- Ψ Reforma/Especial. (2002, 18 de Febrero). Domina uso de e-mail. *Periódico Reforma*. Sección "A" Interfase p. 1ª.
- Ψ Regil, V. L. (2001). *La caverna digital. Hipermedia: orígenes y características*. México, D.F. Universidad Pedagógica Nacional.
- Ψ Rheingold, H. (1996). *La comunidad virtual*. Barcelona ED. Gedissa.
- Ψ Rico, M. G. & Ruiz, F. L. (1990). *Tabaquismo. Repercusión en aparato y sistemas*. México: Trillas.
- Ψ Roales-Nieto, J. G., & Calero, G. M. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. España: Interamericana McGraw-Hill.
- Ψ Rubio, H., Aguirre, J. A. & Puente-Silva, F. G. (1986). Hallazgos Médicos en una Población Asistente a la Clínica de Tabaquismo. *INER, Neumol. Cir. Tórax*. (3), 16-23.
- Ψ Rusell, M. A .H., Javis, M. J., Sutherland, G. (1987). Nicotine replacement in smoking cessation: absorption of nicotine vapor from smoke-free cigarettes. *Journal of the American Medical Association*.
- Ψ Sánchez, V. (2001, 24 de Diciembre). Desaprovecha México la Informática Médica. *Periódico Reforma*. Sección "A" Interfase p. 1ª.



- Ψ Sánchez, V. (2002, 2 de Septiembre). No bastan leyes, se requieren especialistas en informática. *Periódico Reforma*. Recuperado el 2 de Septiembre de 2002, de <http://www.reforma.com/tecnologia>
- Ψ Schwartz, J. L. (1992). *Methods for smoking cessation Medicals Clinics of North America*. McGraw Hill.
- Ψ Sempsey III, J. (s/f). The Therapeutic Potentials Of Text-Based Virtual Reality. Recuperado el 3 de Noviembre de 2002, de <http://www.brandeis.edu/pubs/jove/HTML/v3/sempey.html>
- Ψ Sharpe, R. (2000). The Virtual Couch. *Business Week*. 3699, pEB134, 4p, 3c. Recuperado el 2 de Septiembre de 2001 en la base de datos de la facultad de psicología.
- Ψ Sistema Nacional de Salud. (1990). El hábito de fumar en la ciudad de México. *Boletín mensual epidemiología*, 5 (3). 37-46.
- Ψ Sociedad Mexicana de Psicología (1997). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. *Boletín de la Sociedad Mexicana de Psicología*, No. Especial, 2-16.
- Ψ Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Ψ Stenberg, D. (2002, 8 de Enero). History of I.R.C. (Internet Relay Chat). Recuperado el 21 de Marzo de 2002, de <http://daniel.haxx.se/irchistory.html>
- Ψ Ström, L. Pettersson, R. & Andersson, G. (2000). A Controlled Trial of Self-Help Treatment of Recurrent Headache Conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 722-727.
- Ψ Suler, J. (1996). The Psychology of Cyberspace [e-book]. Recuperado el 10 de Octubre de 2002, de <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html>
- Ψ Suler, J. (1999). The Basic Psychological Features of e-mail Communication. Recuperado el 23 de Septiembre de 2002, de http://dmoz.org/Science/Social_Sciences/Psychology/Social/Internet_Psychology/
- Ψ Sullivan, A. (2002, 23 de Septiembre). Cumple 20 años de sonreír. *Periódico Reforma*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2002, de <http://www.reforma.com>
- Ψ Taboada, J. (2002, 11 de Marzo). Continúan fallas en ventas en línea. *Periódico Reforma*. Sección "A". Interfase. p. 3.
- Ψ Taboada, J. (2002, 2 de Septiembre). Enfrentan retos para atacar variedad de cibercrímenes. *Periódico Reforma*. Recuperado el 2 de Septiembre de 2002, de <http://www.reforma.com>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Ψ Tantum, D. (2001). A Guide to the Internet for Psychotherapist. *Psychiatric Bulletin*, 25(1), 29-30.
- Ψ Tate, D. F., Wing, R. R., & Winett, R. A. (2001) Using Internet Technology to deliver a Behavioral Weight Loss Program. *Journal of the American Medical Association*, 285 (9), 1172-1177
- Ψ Thompson, S. (1996). Internet connectivity: addiction and dependency study. Tesis de master inédita. Pennsylvania State University. Recuperado el 5 de Diciembre de 2002, de <http://www.psu.edu/dept/medialab/research/netaddiction.html>
- Ψ Unzueta, G. S. (2001). Estrategias para dejar de fumar. Análisis de efectos y componentes en la literatura especializada contemporánea. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Ψ VandenBos, G. R., & Williams, S. (2000). The Internet Versus the Telephone: What is Telehealth Anyway?. *Professional Psychology: Research & Practice*, 31 (5), 490-492.
- Ψ Vizcaino, A. (2002, 16 de Septiembre). Predominan estudiantes en la red. *Periódico Reforma*. Sección Negocios. Pp. 1,6.
- Ψ Wallace, P. (2001). *La Psicología de la Internet*. Barcelona, España: Piados.
- Ψ Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev. P., & Taylor, C. B. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 346-350.
- Ψ Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Ψ Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzellberg, A. J., Celio, A., & Taylor, C. B. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401-408.
- Ψ Zelener, E. J. (1998). Nuevas formas de comunicación en la red I.R.C. y adicción. Recuperado el 5 de Diciembre de 2002, de <http://www.guias.se/~oscar/adiccion/comunicacion.html>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Referencias Electrónicas:

- Ψ <http://hermes.mascarones.unam.mx/video/>
- Ψ <http://web.ssa.gob.mx>
- Ψ <http://www.aurasalud.com/>
- Ψ <http://www.campondepsicologia.com>
- Ψ http://www.cft.gob.mx/html/5_est/Graf_internet/estiminternet_01.html
- Ψ <http://www.correodehoy.com.mx/1999/310599/elpais8.html>
- Ψ <http://www.dgbiblio.unam.mx>
- Ψ <http://www.dtd.unam.mx/internet.html>
- Ψ <http://www.ibiblio.org/pioneers/roberts.html>
- Ψ <http://www.internet2.edu>
- Ψ <http://www.isabelsalama.com>
- Ψ <http://www.ismho.org>
- Ψ <http://www.isocmex.org.mx/frmderinternetmex.html>
- Ψ <http://www.metanoia.org>
- Ψ <http://www.psiquneed.net/2Congreso/index.html>
- Ψ <http://www.reforma.com/tecnologia>
- Ψ <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html>
- Ψ <http://www.who.com>
- Ψ <http://www.uicc.org/>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1: Test de Fagerström
(Para detectar la dependencia a la Nicotina)

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
P.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
P.2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Si	1
	No	0
P.3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
P.4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
P.5. ¿Fuma con mas frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
P.6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0
TOTAL DE PUNTOS		

RESULTADOS:

Puntuación menor o igual a 4 : El fumador es poco dependiente de la nicotina.

Valores de 5 y 6: Implican dependencia media.

Puntuación igual o superior a 7 puntos: El fumador es altamente dependiente a la nicotina.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 2: Formato que usualmente usa la atención psicológica por medio de correo electrónico.

MOTIVOS DE CONSULTA

A continuación usted verá una lista de problemas típicos en su pantalla por los que se suele consultar a los psicólogos. Si usted se identifica con alguno, marque una cruz.

- Pérdida de sueño o levantarse tan cansado como al acostarse.
- Sensación permanente de insatisfacción.
- Cansancio permanente y continuado.
- Tristeza sin causa aparente.
- Pérdida de interés por las propias actividades.
- Irritabilidad constante hacia los demás.
- Incapacidad de expresar lo que se piensa y siente.
- Continuo estado de inseguridad.
- Duda permanente e incapacidad de tomar decisiones.
- Miedo a perder el control.
- Reaccionar incontroladamente y luego arrepentirse.
- Encontrarse solo e incomunicado.
- Faltas de expectativas de futuro y pesimismo.
- Dolores de cabeza y/o problemas digestivos (acidez, gastritis, etc)
- Malos hábitos alimenticios.
- Desvalorización y falta de autoestima.
- Problemas de pareja.
- Problemas familiares generalizados.

Si hay algo más que no encuentras aquí, cuéntanoslo:



Si marca más de 5 cruces, escribanos a nuestro correo electrónico y a las 24 horas gratuitamente le habremos contestado.

ANEXO 3: Ejemplo de los ejercicios de relajación a través de Internet**EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN****inspira****espira**

Ejemplo obtenido de la página web psicología on line, para mayor descripción visitar:
<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/respiracion.htm>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4: Comunicado publicado por la A.P.A. acerca de los servicios psicológicos otorgados a través de teléfono, teleconferencia e Internet (Noviembre 5, 1997). <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>

APA STATEMENT ON SERVICES BY TELEPHONE, TELECONFERENCING, AND INTERNET

A statement by the Ethics Committee of the American Psychological Association

The American Psychological Association's Ethics Committee issued the following statement on November 5, 1997, based on its 1995 statement on the same topic.

The Ethics Committee can only address the relevance of and enforce the "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct" and cannot say whether there may be other APA Guidelines that might provide guidance. The Ethics Code is not specific with regard to telephone therapy or teleconferencing or any electronically provided services as such and has no rules prohibiting such services. Complaints regarding such matters would be addressed on a case by case basis.

Delivery of services by such media as telephone, teleconferencing and internet is a rapidly evolving area. This will be the subject of APA task forces and will be considered in future revision of the Ethics Code. Until such time as a more definitive judgment is available, the Ethics Committee recommends that psychologists follow Standard 1.04c, Boundaries of Competence, which indicates that "In those emerging areas in which generally recognized standards for pre-paratory training do not yet exist, psychologists nevertheless take reasonable steps to ensure the competence of their work and to protect patients, clients, students, research participants, and others from harm." Other relevant standards include Assessment (Standards 2.01 -2.10), Therapy (4.01 - 4.09, especially 4.01 Structuring the Relationship and 4.02 Informed Consent to Therapy), and Confidentiality (5.01 - 5.11). Within the General Standards section, standards with particular relevance are 1.03, Professional and Scientific Relationship; 1.04 (a, b, and c), Boundaries of Competence; 1.06, Basis for Scientific and Professional Judgments; 1.07a, Describing the Nature and Results of Psychological Services; 1.14, Avoiding Harm; and 1.25, Fees and Financial Arrangements. Standards under Advertising, particularly 3.01 - 3.03 are also relevant.

Psychologists considering such services must review the characteristics of the services, the service delivery method, and the provisions for confidentiality. Psychologists must then consider the relevant ethical standards and other requirements, such as licensure board rules.

© 2002 PsycNET American Psychological Association


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 5: Autoregistro

Fecha	Núm. de cigarros	Hora	Situación; Descripción de actividad.	Sentimiento Calificar del 1-10	Lugar
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 6: Ejemplo del chat room que se emplea par llevar a cabo la intervención psicológica por Internet.

<p>DIALOGO:</p> <p>Bienvenido a nuestro cuerto de chat de psicología.</p> <p><terapeuta> Hola Buenos días ¿cual es tu consulta?</p> <p>=robert> hola</p> <p>=robert> necesito información</p> <p><terapeuta> ¿en que te puedo ayudar?</p>	<p>EMOTICONOS:</p> <p>😊 contento</p> <p>😏 burla</p> <p>😄 risa</p> <p>😞 triste</p> <p>😘 beso</p> <p>🤗 abrazo</p> <p>Instrucciones</p> <p></p>	<p>PARTICIPANTES:</p> <p>terapeuta</p> <p>robert</p>	
<p>escribe aqui</p>	<p><input type="checkbox"/> Enviar datos</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ejecutar Audio</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambiar datos</p> <p><input type="checkbox"/> Salir</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN