



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Psicoterapia Vía Internet para trastornos de  
depresión**

Informe de prácticas profesionales

Que para obtener el grado de:

Licenciada en Psicología

Presenta

**Luarte Magdaleno Leslie Paola**

Directora: Dra. María Georgina Cárdenas López

Revisor: Mtro. Pablo Valderrama Iturbe

MÉXICO, D. F. Junio de 2011



® Facultad  
de Psicología



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



UNAM.145

2011

ej. 2

M.-

TPs.

## *Dedicatoria*

Este trabajo es el resultado de mucho esfuerzo, pero para poder llegar hasta este momento han sido muchas las personas quienes han estado ahí, de manera directa o indirecta y es por esto que quiero dedicarlo a ellos.

A Irene, por apoyarme y dar más allá lo posible, por ser "la mamá más mala del mundo" porque mientras otros niños no tenían ni el sweater de la escuela yo tenía como 5 y además me los tenía que poner juntos.

A Gabrielito, por su firmeza en mi educación, por enseñarme a ser fuerte y valerme por mí misma.

A Cinthia, por regañarme, entenderme y apoyarme en todo. Además por darme el lugar de la "favorita de la favorita".

A America, por ser una hermana que todo los días me enseña cosas nuevas (esperemos entienda el sarcasmo y deje de hablar tanto, obvio no).

A Rocío, porque es más que una hermana, por quererme y cuidarme como una madre.

A Armando, por escucharme, creer en mí, porque hemos pasado los mejores momentos juntos, por amarme y enseñarme a amar.

A "las sucias" por estar en esta etapa tan importante de mi vida, por ser mis cómplices, por los consejos, los buenos momentos, las enseñanzas y por la amistad que me han brindado, gracias: Rakelito, Dulce, Mary, Yan, Xochitl y Angie.

A Bertha, por creer en mí, darme la oportunidad de seguir aprendiendo y desarrollándome como psicóloga.

A mis amigos de LEVYC: Ana, Aline, Oscar y Alicia, por la oportunidad de compartir esta etapa, por los buenos momentos y no tan buenos, porque tuvimos que prender juntos unos de otros, ser co-terapeutas y hasta nuestros propios supervisores.

A mis sobrinos Ricardo y Mary, a mi tía Velia, a mis primos Ale y Pau, a mis hermanos de *Arcoiris*, mis amigas de la *Tuna* y a todos aquellos amigos, familiares, conocidos, etc., que en algún momento nos hemos cruzado y aprendido juntos.

Sé que solo menciono a algunos, pero no por eso los demás han sido menos importantes.

## *Agradecimientos*

A la Dra. Georgina Cárdenas por la oportunidad de realizar el servicio social, prácticas profesionales y el presente trabajo dentro de Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología.

Al Mtro. Pablo Valderrama por la revisión de este informe y lo más importante, porque en sus clases aprendí la parte fundamental y humana de la Terapia Cognitivo Conductual.

Al comité de sinodales: la Lic. Rocío Maldonado, la Mtra. Laura Somarriba y la Lic. Anabel De la rosa, por las correcciones y comentarios para la mejora de este informe.

A la Lic. Lorena Flores por el apoyo desde el inicio de mi formación como terapeuta, por las correcciones y comentarios para la realización del informe.

A la profesora Ena Niño, por sus enseñanzas y consejos, porque con ella aprendí a conocerme y sobre todo porque ahora sé a lo que me voy a dedicar toda mi vida.

A la profesora Zoraida Melendez, por ser parte fundamental de mi formación como terapeuta.

El mayor agradecimiento es para l@s participantes que más adelante mencionaré, ya que han sido un@s maestr@s para mí, les agradezco la confianza y empeño en su tratamiento, ya que sin ellas no hubiese sido posible todo este trabajo.

**T** *tratar al adulto con depresión - remover la resistente armadura cognitivo-emocional y conductual que constituye este tratamiento- es análogo a tratar de atravesar una pared de granito con un marro de 5 kilos. Se golpea repetidamente en la misma área con poco o ningún efecto, hasta que de manera casi impredecible, aparece una delgada fractura; bajo el golpeteo continuo, la fractura se amplia de manera gradual hasta que, finalmente se rompe y cae en pedazos (McCullough, J., 2003).*

# Í N D I C E

1. Introducción.....	1
1.1 Problemática abordada.....	3
1.2 Justificación.....	4
1.3 Objetivos generales.....	5
2. Antecedentes Contextuales	
2.1 ¿Qué es Psicoterapia Vía Internet? .....	6
2.1.1 Características de la Psicoterapia Vía Internet .....	6
2.1.1.1 Ventajas y desventajas.....	7
2.1.1.2 Tipos de comunicación.....	9
2.1.1.3 Herramientas.....	10
2.1.1.4 Candidatos.....	10
2.1.1.5 Adherencia terapéutica.....	12
2.1.1.6 Ética.....	16
2.2 Antecedentes Teóricos	
2.2.1 Modelo cognitivo conductual.....	19
2.2.2 Depresión .....	22
2.2.2.1 Diagnóstico.....	23
2.2.2.2 Epidemiología.....	24
2.2.2.3 Tratamiento.....	26
2.2.2.4 Aplicación vía internet.....	29
2.3 Experiencias similares.....	38

3. Programa de intervención	
3.1 Propósitos fundamentales .....	40
3.2 Población destinataria.....	41
3.3 Espacio de trabajo.....	43
3.4 Fases por las que discurrió el procedimiento .....	43
3.5 Actividades principales .....	43
3.6 Materiales e instrumentos.....	44
3.7 Estrategias de evaluación.....	44
4. Resultados	
4.1 Participante 1 .....	46
4.2 Participante 2 .....	52
4.3 Participante 3.....	58
4.4 Otros participantes .....	66
5. Discusión.....	76
6. Conclusiones.....	79
Referencias .....	82
Anexo 1.....	88

## **1. Introducción**

Vivir en el inicio del siglo XXI representa estar inmerso en todo tipo de tecnologías, ya que el desarrollo y uso de estas es cada vez mayor. El uso de las nuevas tecnologías lo podemos observar en cualquier tipo de actividad del hombre, desde tomar un café hasta una conferencia con personas del otro lado del mundo. Esencialmente el hombre ha modificado su medio para la propia comodidad, aprendizaje y algunos intereses particulares.

Actualmente podemos observar el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en prácticamente todas las áreas que nos podamos imaginar, según encuestas realizadas por el INEGI (2009) se estimó que el 26.8% de los hogares del país contaba con computadora y el porcentaje de hogares con conexión a internet fue de 18.4%, lo que demuestra el aumento de las TIC en la vida diaria. El grupo de edad es entre los 12 y 34 años en donde se reportó el 70% de los usuarios de internet.

La psicología también ha tenido cambios importantes y significativos mediante el uso de la tecnología en el tratamiento de distintos trastornos. Desde hace más de cincuenta años se han utilizado distintos medios para el tratamiento de enfermedades médicas y psicológicas, algunos ejemplos son el uso del teléfono, videoconferencias, los chats y mails, para realizar un diagnóstico y/o tratamiento de alguna patología.

La importancia de la Psicoterapia Vía Internet (PVI) radica en el uso de nuevas modalidades de tratamiento, para la atención psicológica efectiva basada en evidencia científica, alineándose a los principios de ética establecidos y brindando así un servicio de calidad.

El modelo bajo el cual se trabaja es desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Modelo que ha demostrado ser efectivo para diversos trastornos, principalmente para el tratamiento de la depresión, el cual describe Beck

desde 1962 como una terapia breve y específicamente orientada al paciente, la cual se complementa con la mediación cognitiva de Albert Ellis en 1956.

El objetivo de realizar el presente informe es poder dar a conocer el uso de la Psicoterapia Vía Internet (PVI) durante las prácticas profesionales que se realizan en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVYC), dentro del programa de formación profesional: *"Psicoterapia Vía Internet: una alternativa para la formación profesional en psicología Clínica"*, el cual capacita a estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura para la atención vía internet, esto se realiza con las personas que son canalizadas por el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología y los que solicitan el servicio vía internet.

Las participantes que serán mencionadas en el reporte son tres mujeres, de 31, 35 y 48 años de edad, que actualmente radican en Toluca, Tlaxcala y el Distrito Federal, respectivamente. Las tres mujeres fueron diagnosticadas con depresión leve o moderada, al inicio del tratamiento.

El informe pretende describir las fases en las que consistieron las prácticas profesionales, desde la capacitación en la modalidad, la intervención en PVI, el alta de las pacientes y los resultados obtenidos. A continuación se explicará con detalle acerca de la Psicoterapia Vía Internet, el tratamiento, la metodología, las estrategias de evaluación, entre otras cosas.

## **1.1 Problemática abordada**

Alrededor de un 15% de la población mexicana padece algún trastorno mental, siendo solo un 2.5% los que llevan algún tratamiento para contrarrestar los síntomas. Otras cifras del Instituto Nacional de Psiquiatría, afirman que es el 7% de la población mexicana quien sufre depresión (Voz Pro Salud Mental, 2009),

Según Voz Pro Salud Mental (VPSM) México tiene cerca de 3 psiquiatras por cada 100 mil habitantes y destina menos del 1% de su presupuesto nacional atender la salud mental.

Un factor a considerarse para la renuencia a hacer uso de los servicios de salud mental, son las falsas creencias que se han generado hacia las clínicas mentales. Acuña y Bolis (2005) afirman que la causa más fuerte de rechazo a la atención psiquiátrica es la creencia de que los trastornos mentales no tienen tratamiento efectivo y se une a esto el temor y la vergüenza asociado al estereotipo de los enfermos mentales, tanto a nivel laboral, como en términos de la participación en diversos ámbitos de la sociedad.

La Encuesta Nacional de Psiquiatría (ENEP, 2002) reporta que la prevalencia de depresión en México es de 4.5% ocupando el quinto lugar entre los trastornos mentales, en la población en general y el segundo lugar entre las mujeres.

De acuerdo con cifras de la OMS (2007), para el 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad a nivel mundial, por lo que es indispensable encontrar alternativas de tratamiento eficaces y al alcance de cualquier persona.

## 1.2 Justificación

Debido a cifras que se mencionan en el apartado anterior es fundamental que los trastornos mentales sean tratados cada vez más, ya que en México los servicios de salud mental son limitados y es importante optar por otro tipo de tratamientos que se adapten y evolucionen acorde a las necesidades de las personas.

Los datos anteriores también denotan la necesidad de atender a los trastornos depresivos. Debido a la demanda de la población de un tratamiento que se adecue a sus tiempos, espacios y sobretodo economía es responsabilidad y obligación de los profesionales en el área ofrecer nuevas alternativas.

Por lo tanto en la Facultad de Psicología el programa de *"Psicoterapia Vía Internet: una alternativa para la formación profesional en psicología Clínica"* ofrece a las personas un tratamiento cognitivo conductual, que pueden tomar desde su hogar y/o diferentes espacios con las condiciones adecuadas, con horarios flexibles y a un bajo costo.

Los trastornos que se atienden son diversos, pero en el presente informe se reportarán casos con depresión menor y mayor.

Este tipo de programas es primordial para la población beneficiada y para los estudiantes que se pueden capacitar y formar mediante las prácticas profesionales en el área clínica, las cuales son una buena oportunidad para la aplicación de los conocimientos adquiridos en la licenciatura; además de desarrollar las habilidades y competencias clínicas.

### **1.3 Objetivos generales**

Los objetivos del presente trabajo están basados en mostrar el conocimiento, habilidades y competencias clínicas adquiridas en el servicio social y prácticas profesionales dentro del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVYC), a través de la atención a pacientes vía internet..

Concretamente los objetivos son:

- ✓ Mostrar el trabajo que se realiza en el LEVYC, desde la capacitación a alumnos de la facultad, hasta la finalización del tratamiento con los pacientes atendidos en el transcurso de las prácticas profesionales.
- ✓ Exponer con resultados empíricos, que la atención de pacientes vía internet, es una alternativa de tratamiento efectiva para la depresión leve y moderada.

## 2. Antecedentes Contextuales

### 2.1 ¿Qué es Psicoterapia Vía Internet?

Los orígenes de la atención a distancia se remontan a finales de la década de 1950 aproximadamente, cuando se inicia por primera vez una atención a distancia a través del radio, por lo que es denominada "Radioterapia", y también se han descrito otras ramas como la telemedicina, telesalud, telepsicología, teleducación, entre otras. El término *tele* es acuñado del griego que significa *distancia* (Real Academia Española, 2001).

La historia de los servicios de salud a distancia es grande, el primer término que surge es "telesalud" y es cuando se comienza a utilizar en la universidad de Nebraska, en USA, para brindar atención psiquiátrica y monitorear los pacientes a distancia.

Los principales detonadores para el desarrollo de la telemedicina fueron las actividades realizadas por la NASA (National Aeronautics and Space Administration) en las primeras misiones espaciales. A partir de los años 60, se hizo necesario monitorear los signos vitales de los astronautas. Esto se logró mediante el diseño de equipo biomédico para tomar señales fisiológicas del tripulante y transmitir la información por vía satélite (Gómez & Martínez, 2001)

La telesalud surge como 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 (Patoni, 2003)

La Psicoterapia Vía Internet (PVI) puede definirse como un medio ambiente psicoterapéutico mediado por la comunicación y a través de la computadora,

diseñado, facilitado o prescrito por un profesional de la salud mental (Suller, 2000).

De acuerdo con Cárdenas y Serrano (2007) Internet es un instrumento valioso para sesiones de tratamiento psicológico, consultas u orientación psicológica a distancia mediante correo electrónico, video y audio conferencia, paginas y programas de chat, paginas privadas de tele-servicios sanitarios.

El objetivo principal de la psicoterapia vía internet es ofrecer un tratamiento completo por medio del lenguaje escrito (vía chat), hablado (audio), por video conferencia o con la combinación de algunas de estas herramientas.

La Psicología no debe ser ajena a los continuos avances que se están produciendo en el ámbito de la comunicación y las nuevas tecnologías. Está demostrado que las funciones de una persona cambian cuando su actividad se desarrolla en un entorno virtual (Trujillo, 2005).

## **2.1.1 Características de la PVI**

### **2.1.1.1 Ventajas y desventajas de la Psicoterapia Vía Internet**

Dentro de la psicoterapia en línea podemos encontrar beneficios y limitaciones, tanto para el paciente como para el terapeuta que se mencionan a continuación.

Ventajas para el paciente:

- Reduce el estrés o ansiedad que pueda generar el contacto cara a cara.
- Acorta distancias de tiempo y espacio entre paciente y terapeuta.
- En algún momento de crisis el paciente puede escribir un correo electrónico al terapeuta.
- Por lo regular es más bajo el costo del tratamiento a distancia que el presencial.

- Es más fácil para pacientes discapacitados físicamente que les resulta difícil el traslado o pacientes con algún trastorno de ansiedad que les sea difícil salir solos o que no tengan alguna persona que pueda acompañarlos a la terapia (Patoni, 2003)

#### Ventajas para el Terapeuta:

- El psicoterapeuta podría contestar dudas relacionadas con el tratamiento por vía e-mail.
- 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 graficas que se presenten en estas (por ejemplo, instrucciones de las técnicas de relajación).
- El psicoterapeuta cuenta con un registro total del material clínico que el paciente proporciona vía correo electrónico o chat.
- Da la oportunidad de abrir nuevas líneas de investigación sobre la transferencia, resistencias, experiencias, u otras reacciones del individuo ante internet.
- 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 terapia presencial.
- 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 (Bermejo, 2001).

#### Desventajas de la psicoterapia vía internet para ambos (paciente y terapeuta):

- Falta de espontaneidad y naturalidad al escribir (Patoni, 2003)
- 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 solo estar jugando en internet. Lo cual quitaría tiempo valioso al psicólogo y a otro probable paciente (Patoni, 2003).

- La "invisibilidad" del terapeuta puede ser generadora de ansiedad o confusión por parte del cliente no adaptado al uso de las nuevas tecnologías en la comunicación terapéutica (Bermejo, 2001).
- Imprevistos como falta de luz o el hardware necesario de alguna de las dos partes.

### **2.1.1.2 Tipos de comunicación**

En la actualidad existen distintos tipos de comunicación en Internet y según Vayrada (2007) se puede concebir a internet de dos maneras: a) como herramienta de comunicación y b) como espacio de convivencia.

Si vemos al internet como una manera de comunicación se puede decir que existen dos tipos que son: sincrónica y asincrónica.

La comunicación sincrónica es aquella en donde dos o más personas están conectadas en la red e intercambian información en tiempo real. Según Wallace (2001) son relativamente recientes y mezclan características de la conversación cara a cara y del habla por teléfono.

La comunicación asincrónica es aquella que se establece entre dos o más personas en donde están en tiempo diferente o simplemente no existe una coincidencia temporal y espacial.

### **2.1.1.3 Herramientas para la psicoterapia vía internet**

Dentro de las herramientas que se pueden encontrar en la psicoterapia vía internet existen diversas que forman parte de la comunicación tanto sincrónica, como de la comunicación asincrónica, algunas de las cuales son:

- ✓ Correo electrónico que es una aplicación gracias a la cual una computadora puede intercambiar mensajes con otras por medio de la red (Vayrada, 2007).
- ✓ Chats que se usa para designar el tipo de comunicación simultánea entre dos o más. Son servicios que pueden formar grupos de autoayuda, donde puede haber sesiones dirigidas por un terapeuta (De la rosa, 2007).
- ✓ Videoconferencia es una comunicación a través de la red entre dos o más personas con medio audiovisuales, en tiempo real.

### **2.1.1.4 Candidatos a psicoterapia vía internet**

Algunas personas son buenos candidatos para ser pacientes de psicoterapia vía internet, sin embargo, no todas lo son ya que existen ciertas limitaciones o excepciones que son importantes considerar antes de aceptar a un paciente dentro del tratamiento, las cuales a continuación se enumeran:

1. La edad del paciente ya que de ser menor de edad se debe tener el consentimiento por escrito de los padres, además que influye en la forma de vida y el tipo de problemas que puede presentar el paciente. Debemos recordar que el 70% de las personas que usan internet tienen entre 12 y 34 años. Además se plantea que en igualdad de circunstancias los consultantes más jóvenes han sido considerados como mejores candidatos para la terapia, ya que se supone que son más flexibles o tienen menos costumbres arraigadas (Santibáñez et al., 2008).

2. Nivel de escolaridad del paciente que nos dará una mejor idea de sus habilidades para utilizar las herramientas de internet. Se ha postulado que a mayores años de educación y mejor nivel socioeconómico del consultante, mayor será la permanencia en el tratamiento (Mac Nair & Corazzini, 1994; citado en Santibáñez y cols, 2008).
3. La motivación y expectativas que el paciente tenga van a influir en el desarrollo y mejoría del mismo y en la alianza que se pueda establecer según la disposición prestada.
4. El tipo de trastorno que padezca el paciente ya que si es un trastorno muy severo puede ser que la terapia vía internet no sea la mejor opción debido a las limitaciones que pueden presentarse.
5. Características de personalidad como lo son la introversión, la timidez y aquellos que presenten trastornos de ansiedad, pánico, agorafobia, ya que pueden preferir el anonimato y la sensación de control que les proporciona Internet. Suler (2001), agrega que la modalidad terapéutica mediada por Internet puede ser de utilidad para aquellas personas tímidas e introvertidas, fóbicos sociales, o quienes estén preocupados por la estigmatización que puede implicar la búsqueda de ayuda profesional en el ámbito de la salud mental.

Las siguientes pautas fueron desarrolladas por el grupo de estudio de caso clínico de la Sociedad Internacional para la Salud Mental en Línea (2000), las cuales establecen que la capacidad de beneficiarse de la terapia en línea será determinada en parte por las habilidades y conocimientos sobre la computadora que tenga el paciente, y se debe considerar lo siguiente:

- ¿La persona demuestra un conocimiento adecuado de su sistema informático y la tecnología de Internet?
- ¿La persona está motivada y es capaz de experimentar con nuevos entornos de comunicación?
- ¿Qué tipo de acceso a Internet tiene la persona?

- ¿Desde dónde tiene la persona el acceso a Internet (casa, trabajo) y si este presenta algún problema respecto a la privacidad o las dificultades tecnológicas (por ejemplo, servidores de seguridad que limitan las actividades de Internet)?
- Si el acceso del cliente a Internet es problemático.

Si el terapeuta trabaja con el cliente vía texto, la experiencia de los clientes con la lectura y la escritura en la computadora es importante. Las habilidades de lectura y escritura de una persona no pueden ser equivalentes, pero ambas son necesarias para la terapia basada en texto.

- ¿El paciente tiene gusto por leer y escribir?
- ¿Qué clase de experiencias ha tenido con la lectura y la escritura?
- ¿Qué significan la lectura y la escritura para él o ella?
- ¿Hay problemas físicos o cognoscitivos que limiten su capacidad de leer y de escribir?
- ¿El paciente puede mecanografiar bien?
- ¿Cómo se siente en la comunicación espontánea, a través del chat en comparación con la oportunidad de componer, de corregir y de reflexionar, como en el E-mail?

#### **2.1.1.5 Adherencia terapéutica**

La adherencia (o alianza) terapéutica es básica para cualquier tipo de tratamiento, Walter (2008) menciona que la ayuda que pueda ofrecer el paciente al tratamiento es imprescindible para alcanzar las metas, también sugiere que a medida que avanzan las fases del tratamiento, el terapeuta va entregando cada vez más al

paciente la responsabilidad de su proceso de cambio. Por lo tanto es fundamental que se establezca desde un inicio una buena alianza en PVI, como en cualquier tratamiento psicológico.

La adherencia terapéutica es definida por Puente (1984) como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Por el contrario la falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

Si bien a algunos pacientes quizá no les interese la manera en que el terapeuta los trata y solo quieren herramientas para superar su angustia, muchos otros no obtendrán o utilizarán nuevas aptitudes para cambiar sus cogniciones, sus conductas y sus respuestas emocionales a menos que ese aprendizaje se realice en un contexto de una relación empática y favorable (Beck, 2007).

Beck (2007) menciona los principios cognitivos básicos para establecer y mantener una alianza terapéutica:

- Colaborar activamente con el paciente, es decir, actuar con él como si formaran un equipo.
- Demostrar empatía, interés y comprensión.
- Adaptar su estilo terapéutico a las características especiales de cada paciente.
- Aliviar el dolor. Una de las mejores maneras de fortalecer la alianza terapéutica es ayudar a los pacientes a resolver sus problemas y mejorar su estado de ánimo.
- Pedir al paciente que haga una devolución al final de cada sesión. Es importante que la devolución no sea de forma superficial, realizando

preguntas como: ¿Qué piensa de la sesión de hoy? ¿Piensa que hay algo que no comprendí o malinterpreté? ¿Le gustaría cambiar algo en la próxima sesión?

La habilidad para comunicar estos principios es fundamental para la mejora del paciente, ya que es la base del tratamiento, independientemente de la corriente psicológica que se esté utilizando en cualquier tipo de tratamiento.

La falta del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente tiene muchas implicaciones y causas diferentes, y es una gran dificultad para el terapeuta ya que limita el tratamiento y la mejoría del paciente debido a que debe tener una activa participación dentro del tratamiento.

Según Puente (1984) la falta de adherencia terapéutica comprende tres diferentes tipos de conducta:

- a) Fallas o dificultades para iniciar un tratamiento
- b) Fallas por suspensión prematura de la terapia
- c) Implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta

De acuerdo a la relación terapeuta-paciente:

1. A mayor satisfacción por ambas partes, mayor cumplimiento terapéutico.
2. A mayor satisfacción, menor deserción.
3. A mayor duración (continuidad), mejor cumplimiento.
4. La actitud del terapeuta es una variable importante en el cumplimiento del tratamiento.
5. Algunos autores consideran que la causa principal del incumplimiento, es la comunicación deficiente entre terapeuta-paciente.

Así mismo se ha asumido la dificultad de modificar el estilo de vida de un ser humano y los factores que están del lado del prestador del servicio, ya que cuando

no está bien entrenado o no cuenta con las herramientas necesarias para realizar un psicoterapia vía internet será más difícil que exista una adherencia terapéutica.

Haynes y Sackett (1976; citado en Puente, 1984) mencionan que existen factores predictivos que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento:

1. La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
2. El grado de estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia incrementan el cumplimiento adecuado del tratamiento.
3. El grado de cumplimiento (responsabilidad) del sujeto en otras áreas de su vida.
4. Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos del tratamiento.
5. Supervisión cercana del médico o terapeuta, sobre todo en la fase inicial.

Estos autores también mencionan que existen factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento:

1. Complejidad del tratamiento.
2. Grado de cambio de conducta requerido.
3. Tiempo de espera para la consulta.

Parte de la importancia de una buena relación, radica en que también se puede utilizar la alianza para lograr los objetivos terapéuticos Beck (2007) menciona hay tres aspectos importantes que rescatar como son a) proporcionar experiencias de relaciones positivas, b) trabajar a través de problemas de alianza y c) generalizar lo que el paciente ha aprendido a través del trabajo sobre los problemas en la relación terapéutica, aplicándolo a otras relaciones importantes en la vida del paciente.

En algunos textos se menciona que la falta de adherencia terapéutica tiene implicaciones conductuales ya que dependen en su mayoría de la disponibilidad y colaboración del paciente, sin dejar de lado la responsabilidad del terapeuta, el paciente debe ser consciente de su responsabilidad para su propia mejoría y a la vez el terapeuta debe también actuar con la mayor ética posible, tema que se mencionará a continuación.

#### **2.1.1.6 Ética en los tratamientos vía internet**

La ética es fundamental en cualquier aspecto de nuestras vidas, y más aun cuando se trata de brindar un servicio de calidad a otros. En la psicología es fundamental que de algún modo se rijan los servicios que se ofrecen para garantizar un tratamiento adecuado para el consultante.

La psicoterapia vía internet ha sido criticada en el aspecto ético desde sus inicios, ya que se ha mencionado que los tratamientos de este tipo carecen de ella, por lo que se ha tratado de regular de alguna manera este aspecto, tratando de realizar pautas específicas para los tratamientos con una modalidad vía internet. A continuación se mencionan algunas asociaciones importantes que han trabajado en este aspecto, desde hace ya varios años.

La Junta Nacional de Consejeros Certificados (NBCC) en 2005 publicó la revisión del código de ética, en donde menciona que estas normas se deben llevar a cabo en la atención psicológica vía internet. Las pautas que menciona son 14 y a continuación se enumeran.

1. En situaciones en las que es difícil verificar la identidad del cliente en Internet, se toman medidas para abordar las preocupaciones de este, como el uso de palabras clave o números.
2. Consejeros de Internet determinar si un cliente es menor de edad y por lo tanto en la necesidad de consentimiento de los padres o tutores.

3. Como parte del proceso de orientación, el consejero explica los procedimientos para ponerse en contacto cuando el cliente no esta conectado y, en el caso de que la consejería sea asincrónica, con qué frecuencia serán revisados los mensajes de correo electrónico por el consejero.
4. Como parte del proceso de orientación, el consejero, explica a los clientes la posibilidad de falla en la tecnología y se analizan los modos de comunicación alternativos.
5. Como parte del proceso de orientación, el consejero explica a los clientes cómo hacer frente a posibles malentendidos cuando las señales visuales no existen.
6. Como parte del proceso de orientación, el consejero colabora con el cliente para identificar a un profesional debidamente capacitado que pueda proporcionar asistencia local, incluida la intervención en crisis, si es necesario.
7. El consejero tiene la obligación de explicar cuando sea necesario, la evaluación en la Web, la información y recursos educativos que sean necesarios para el tratamiento.
8. Dentro de los límites de la tecnología disponible, los consejeros tienen la obligación de hacer que su sitio Web sea un entorno libre de obstáculos a los clientes con discapacidad.
9. Los consejeros deben ser conscientes de que algunos clientes pueden comunicarse en idiomas diferentes, viven en zonas horarias diferentes, y tienen perspectivas culturales únicas, también son conscientes de que las condiciones y eventos locales pueden afectar al cliente.

#### Confidencialidad en el asesoramiento de Internet

10. El consejero informa a los clientes de los métodos que utiliza para resguardar la seguridad de cliente (supervisor, ingeniero, etc.)

- 11.El consejero informa a los clientes, dónde y cómo guarda los datos, y del período que se conservan.
- 12.Los consejeros deben seguir los procedimientos adecuados con respecto a la entrega de información para compartir con el cliente y sobre otras fuentes electrónicas.

#### Consideraciones Legales, Licencias y Certificación

- 13.Los consejeros deben hacer una revisión pertinente de códigos legales y éticos para la práctica y supervisión de Internet.
- 14.El sitio de Internet desde donde se provee el tratamiento, debe tener enlaces a sitios web de todos los organismos de certificación y otorgamiento de licencias, para facilitar la protección de los consumidores.

La International Society for Mental Health Online (Sociedad Nacional para la Salud Mental en Línea) en el 2000, sugiere los siguientes principios para la atención en línea de los servicios de salud mental, los cuales están separados en tres categorías:

1. Consentimiento informado. En donde se especifica que el cliente debe ser informado antes de dar su consentimiento de una terapia vía internet, acerca del proceso, consejero, beneficios y riesgos potenciales de estos servicios, garantías contra estos riesgos y alternativas a los servicios.
2. Procedimiento estándar de operación. En general, el consejero debe seguir con los mismos procedimientos en la prestación de servicios de salud mental en línea, como cuando se proporcionan en persona.
3. Emergencias. En este apartado se menciona que se deben platicar los procedimientos alternativos ante una incidencia, ya que en una emergencia

el consejero debe tener el nombre y número de un médico de confianza para el cliente.

Draft code IHC, 1999 (citado en Jarne, 2001) estructura el código ético para servicio psicológico vía internet dentro de cinco grandes capítulos. El primero lo determina como "franqueza y honradez" donde se menciona que el paciente debe disponer de la información acerca del servicio clínico que recibirá, así como los objetivos, el procedimiento y los riesgos. También se hace mención a que el usuario debe tener información sobre las relaciones financieras, comerciales y/o patrocinadores. El segundo capítulo es "Calidad" que se refiere a la obligación de ofrecer un servicio de alta calidad e información.

El tercer capítulo es acerca del "Consentimiento informado, privacidad y confidencialidad". El cuarto se llama "Mejores prácticas comerciales" que se refiere a darle al paciente distintas posibilidades y recomendaciones y de otro tratamientos diferentes al nuestro. Finalmente el último capítulo se refiere a elegir la mejor opción para mejorar la salud del paciente, que influye adherirse a los estándares de éticos de cada profesión.

## **2.2 Antecedentes Teóricos**

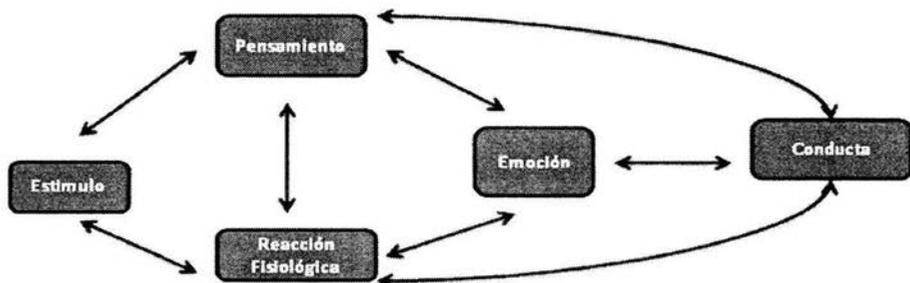
### **2.2.1 Modelo cognitivo conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) esta centrada en capacitar al paciente en la utilización de nuevas estrategias de afrontamiento, en la manera de pensar sobre sí mismo y las demás personas.

La base de la terapia cognitiva es la observación de que los sentimientos displacenteros son el resultado de un procesamiento cognitivo disfuncional. La información que llega es filtrada de manera selectiva, de suerte que las percepciones son distorsionadas hacia conclusiones sesgadas (Baringoltz & Levy, 2007).

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basado en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que tiene derecho el individuo de estructurar su mundo (Beck, 1983).

Basándonos en el modelo de la TCC podemos afirmar que la forma en cómo perciben las personas los acontecimientos en su vida diaria, determina sus sentimientos y esto a la vez su conducta. Es como un sistema de retroalimentación en donde después la conducta va a influir en el pensamiento, sentimientos y viceversa. El siguiente esquema de Valderrama (2009) lo ilustra de manera más precisa:



Comunicación personal Valderrama, 2009.

En palabras de Beck y Shaw (1981) el sujeto analiza de forma errónea el ambiente que le rodea, ellos plantean, algunos tipos de errores lógicos que comete con

frecuencia la persona con depresión: conclusiones arbitrarias, abstracción selectiva, generalización y maximización de lo negativo, así como minimización de lo positivo.

Existen otros autores que han contribuido para el desarrollo de la TCC como Ellis (1955) con la Terapia Racional Emotiva y Seligman (1967) quien propone la teoría del desamparo aprendido como modelo explicativo de la depresión.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis consiste en modificar la creencia sobre un acontecimiento, lo que hará que se modifique la emoción negativa que se genera, esto está contenido en el modelo ABC, en donde A es el evento activador de la emoción, B es la Creencia sobre A y C son las consecuencias.

Cuando el sujeto hace una valoración negativa de un evento en específico, inmediatamente se generan pensamientos desadaptativos, Vargas e Ibáñez (1998) mencionan que existe un fenómeno que llamamos sobre-aprendizaje, en el cual las respuestas comportamentales se convierten en automáticas, así cuando una conducta es aprendida después de varias repeticiones, posteriormente se seguirá realizando de manera automática, por lo que igualmente pasa con los pensamientos.

Cuando se observa un estímulo, el sujeto lo analiza, determinando si es peligroso, inofensivo, atractivo o repulsivo; y de acuerdo a este análisis, responde con respuestas de aproximación, de huida o de retiro (Vargas & Ibáñez, 1998).

En cuanto a la teoría de Seligman, se entiende por desesperanza aprendida o indefensión al estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son negativos e independientes de las conductas del individuo (Chinchilla, 2008). La desesperanza aprendida surge de la investigación con animales al alterar las condiciones experimentales de evitación y escape.

Chinchilla (2008) describe que la indefensión se presenta cuando el sujeto no logra evitar un hecho traumático por más que se esfuerce por salir de él, por lo que aprende que haga lo que haga es independiente del resultado, situación que después tiende a generalizar a otras áreas de su vida. Lo que tiene como resultado un debilitamiento motivacional, cognitivo y emocional. Aunque esto también depende de la habilidad del propio sujeto para resolver situaciones o problemas anteriores, ya sea evitándolas o escapando.

En un inicio es Aarón Beck quien comienza a describir la Terapia Cognitiva (TC) para la depresión, con el supuesto de que los pensamientos disfuncionales de las personas son el origen del trastorno. Posteriormente se comienza a utilizar la TC para otro tipo de trastornos como el estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, trastornos de la alimentación, enfermedades crónicas como hipertensión, síndrome de fatiga crónica, colitis, entre otras (Beck, 2000).

Son estas teorías descritas las que dan origen a la terapia cognitivo conductual, la cual se ha ido perfeccionando a través de estudios empíricos, es por tanto que en la actualidad este tipo de tratamientos pueden ser aplicados con la ayuda de la tecnología como lo es la psicoterapia vía internet. Beck (2000) afirma que han existido adaptaciones que han modificado el objetivo, la tecnología y la duración del tratamiento, pero los postulados teóricos han permanecido sin cambios.

### **2.2.2 Depresión**

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, al grado que se puede llamar el "resfriado" entre los problemas de salud mental (Nezu, Nezu & Perri, 1989, citado en Nezu, Nezu & Lombardo 2005).

Rojtenberg (2006) describe la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la incapacidad de experimentar placer, baja autoestima, con afectación en el área afectiva, ideativa, conductual, cognitiva, vegetativa y motora, así como con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

Beck (1979) denominó a la depresión como un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

Cuando una persona está deprimida por lo regular refiere sentirse triste, en la mayoría de los casos "sin razón aparente", por lo regular tienen una visión negativa generalizada, pero sobre todo de su futuro.

Las áreas de afectación de la depresión son: afectiva (pesimismo, ánimo abatido, tristeza, indiferencia, irritabilidad, entre otros), Intelectual (falta de concentración, de atención, problemas de memoria, etc.) conductual (disminución de la actividad física, poca energía, baja productividad, aislamiento, conductas de autodestrucción como drogarse, ponerse en situaciones de riesgo, entre otras) y corporal o somática (falta de sueño, hipersomnias, trastornos en la alimentación, falta de deseo sexual, insensibilidad física, etc.).

### **2.2.2.1 Diagnóstico**

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000) al menos cinco de los siguientes nueve síntomas deben estar presentes durante un periodo de dos semanas, entre los cuales debe estar incluido por lo menos alguno de los dos primeros.

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.

- 2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- 3) Aumento o pérdida significativa de peso sin estar a dieta, o disminución o aumento del apetito en casi todos los días.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes casi todos los días.
- 8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

Para llegar al diagnóstico adecuado además de investigar sobre los síntomas actuales mediante la entrevista semiestructurada con el paciente, se recomienda realizar la aplicación de algún inventario que facilite el diagnóstico diferencial, el cual será fundamental, antes de iniciar la intervención terapéutica.

#### **2.2.2.2 Epidemiología**

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), llevada a cabo entre 2002 y 2003 entre población urbana entre 18 y 65 años de edad, arroja datos que demuestran que la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, además de que se afirma que la depresión está directamente asociada a la vulnerabilidad social. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años y alcanzó un cifra de 9.5% en las mayores de 60, las diferencias entre el grupo de hombres son significativas, entre estos la prevalencia es de 1.6% en menores de 40 años y de 5% en adultos mayores (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

Gabriela Cámara, directora de Voz Pro Salud Mental, indicó que en nueve estados del país la atención psiquiátrica es inexistente, a pesar de que los trabajadores mexicanos pierden en promedio catorce días laborales al año y reducen su productividad en un 40% debido a la depresión (VPSM, 2009).

Bautista, Rodríguez y Rodríguez (2001) afirman que la incidencia de depresión ha sido reportada con una magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa como es la diabetes mellitus, en la que resultan afectados alrededor de 40 a 70 por ciento de los pacientes.

El hecho de que sea la depresión dos veces más común en mujeres que en hombres tiene que ver con factores fisiológicos (hormonales), psicosociales (género) y ambientales (discriminación). En general el dimorfismo cerebral, las diferencias hormonales y la conducta específica según el género, podrían explicar las diferencias en la manifestación de la depresión y otros trastornos psiquiátricos.

El cuadro de la mujer suele ser más prolongado que en el hombre y su tasa de remisión espontánea es menor, lo cual, aunado a los factores antes mencionados, puede contribuir a su cronicidad (Rojtenberg, 2006).

Los siguientes son factores de riesgo para la depresión en la mujer propuestos por Rojtenberg (2006):

1. Genéticos
  - a) Género
  - b) Heredabilidad
2. Antecedentes
  - a) Pérdida parental prematura
  - b) Crianza parental patógena
  - c) Abuso infantil
3. Personalidad

#### 4. Ambiente

- a) Eventos estresantes
- b) Bajo soporte social

Como también es sabido los cambios hormonales son un factor de predisposición importante, casi en toda la vida de la mujer, ya que puede comenzar a influir desde los 12 años aproximadamente con la menarca, posteriormente durante el síndrome premenstrual, el embarazo, puerperio y menopausia.

#### **2.2.2.3 Tratamiento**

Como ya se mencionó Aaron Beck fue el primero en desarrollar la TC como tratamiento para la depresión, argumentando que las personas con un diagnóstico depresivo tienden a tener una visión negativa de la vida, creando esquemas negativos sobre sí mismos, su entorno y futuro, lo que llamo "triada cognitiva". Esta forma negativa de pensar dirige su percepción, su interpretación y su recuerdo de las experiencias personalmente relevantes, lo que resulta en una interpretación negativamente sesgada de su mundo y, finalmente, en el desarrollo de síntomas depresivos (Sanderson, Beck & McGinn, 2002).

El terapeuta de la TC debe ser activo y directivo, utilizando los principios de la lógica y método científico, ya que así facilita una aproximación racional sobre las circunstancias actuales de la vida del paciente. Los pensamientos y las suposiciones del paciente se consideran hipótesis que pueden cuestionarse para verificar su exactitud, y es mediante el dialogo socrático como el terapeuta comienza a contra argumentar los pensamientos negativos.

El modelo cognitivo para la depresión de Beck se basa en tres conceptos específicos para explicar la depresión, los cuales Levy (2007) explica con claridad:

- a) Triada cognitiva. Consiste en tres patrones cognitivos que son: la visión negativa que tiene el paciente sobre sí mismo, sobre el mundo y el futuro. Piensa que el mundo le presenta obstáculos insuperables, e interpreta sus interacciones en términos de derrota o frustración.
- b) Los esquemas negativos. Estos son patrones cognitivos relativamente estables, que establecen la base de las interpretaciones sobre distintas situaciones. Los esquemas se construyen en la infancia y constituyen la matriz de significados y valores personales.
- c) Las distorsiones cognitivas. Son errores en el procesamiento de la información que producen una reacción emocional exagerada y conductas desadaptativas.

En palabras de Beck y Shaw (1981) el sujeto analiza de forma errónea el ambiente que le rodea, ellos plantean, algunos tipos de errores lógicos que comete con frecuencia la persona con depresión como son: conclusiones arbitrarias, abstracción selectiva, generalización y maximización de lo negativo, además de minimización de lo positivo.

Según Nezu, Nezu y Lombardi (2005) las metas generales de la terapia son con base al mejoramiento del estado de ánimo negativo y la pérdida de interés en actividades placenteras, además de fijarse en las otras áreas de afectación que sean significativas, para la mayoría de los casos propone las siguientes metas finales/objetivos del tratamiento.

- ✓ Disminuir el pensamiento disfuncional.  
Lo que propone es aplicar la técnica de "reestructuración cognitiva", para cambiar los esquemas de pensamiento que le generan a la persona una realidad distorsionada y negativa sobre sí mismo, su futuro y en algunas ocasiones de los demás.

- ✓ Optimizar la capacidad de resolución de problemas  
Los autores sugieren que los déficits en la capacidad de resolución de problemas para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad depresogénico significativo, por lo que será importante utilizar la técnica de "resolución de problemas"
- ✓ Incrementar la habilidades de autocontrol  
Se sabe que los individuos deprimidos manifiestan déficits en los procesos de autocontrol y la técnica de "autocontrol" se centra en vencer los déficits en el automonitoreo, autoevaluación y autoreforzo. Por ejemplo se enseña a los pacientes a: a) mantener un registro diario de experiencias positivas, b) establecer metas específicas y c) identificar reforzadores.
- ✓ Mejorar las tasas de reforzamiento positivo. Para esta meta proponen los autores dos estrategias, la primera es "curso para afrontar la depresión" y la segunda "activación conductual"
- ✓ Aumentar las habilidades sociales/interpersonales. Por lo general las habilidades interpersonales en los pacientes deprimidos son deficientes o desadaptativas, lo cual dan como resultado una capacidad limitada para obtener el reforzo positivo del ambiente social.

En la mayoría de los casos las personas no asisten al psicólogo cuando se presentan los primeros síntomas, por lo tanto en muchas ocasiones las personas piensan que los síntomas pasarán lo que en algunos casos provoca la somatización de los síntomas afectivos en enfermedades médicas, las cuales no tienen explicación aparente. De acuerdo con Rojtenberg (2006) un porcentaje muy alto, alrededor del 70% padece depresión sin saberlo, por lo que no consulta a un especialista en el momento adecuado, racionalizando el episodio como cansancio, trabajo, edad, etc.

Diversas investigaciones en psicología han demostrado que el uso de la TCC para la depresión resultan ser mejores que otro tipo de métodos utilizados

tradicionalmente, como la terapia humanista o el psicoanálisis. Un estudio realizado por Alvarado, Vega, Sanhueza y Muñoz (2005), afirma que la TCC ha mostrado tener diferencias significativas en el uso para depresión leve y moderada, en comparación con la lista de espera y un grupo placebo. También mencionaron que no existen diferencias con un grupo que ha llevado medicación y TCC, sin embargo la implementación de ambas en depresión grave si tiene una mayor eficacia.

#### **2.2.2.4 Aplicación vía internet**

El tratamiento que se lleva a cabo con los pacientes vía internet está basado en la investigación que se ha realizado desde el 2004 en el LEVYC. Se sigue el protocolo realizado por Cárdenas, Flores, De la Rosa y Serrano (2010), en el que se establecen las técnicas a utilizar a lo largo del tratamiento y el orden que mejor funciona según la investigación realizada.

El tratamiento establecido consta de 16 a 20 sesiones (la flexibilidad dependerá de cada caso), las primeras 3 se utilizan para delimitar el diagnóstico, plan de tratamiento y metas a lograr, según el motivo de consulta y necesidades del paciente.

Las técnicas que se utilizan están adaptadas al espacio Vía Internet y obviamente las que han probado su mayor eficacia en el tratamiento cognitivo conductual de la depresión, las cuales se describen a continuación.

##### **✓ Psicoeducación**

Esta técnica es fundamental en el tratamiento a distancia, ya que ayuda al paciente a entender acerca de su padecimiento y puede ser un punto de reflexión en la semana, al dejar de tarea leer acerca de lo que se está

trabajando en las sesiones los pacientes comienzan a analizar que tiene que ver el texto con su vida cotidiana, para después poder comenzar a realizar cambios en sus pensamientos y conductas.

La Psicoeducación es definida como una enseñanza a distancia abierta, flexible e interactiva, basada en el uso de nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones, y sobre todo aprovechando los medios que ofrece la internet (Azcorra, Bernardos, Gallego & Soto, 2001).

En PVI se utiliza este recurso desde un inicio, para explicarle al paciente acerca del tratamiento cognitivo conductual, su padecimiento y las diversas técnicas utilizadas, esto con materiales que facilitan al paciente entender con claridad, ya que contienen ejemplos y un lenguaje claro.

✓ **Reestructuración Cognitiva.**

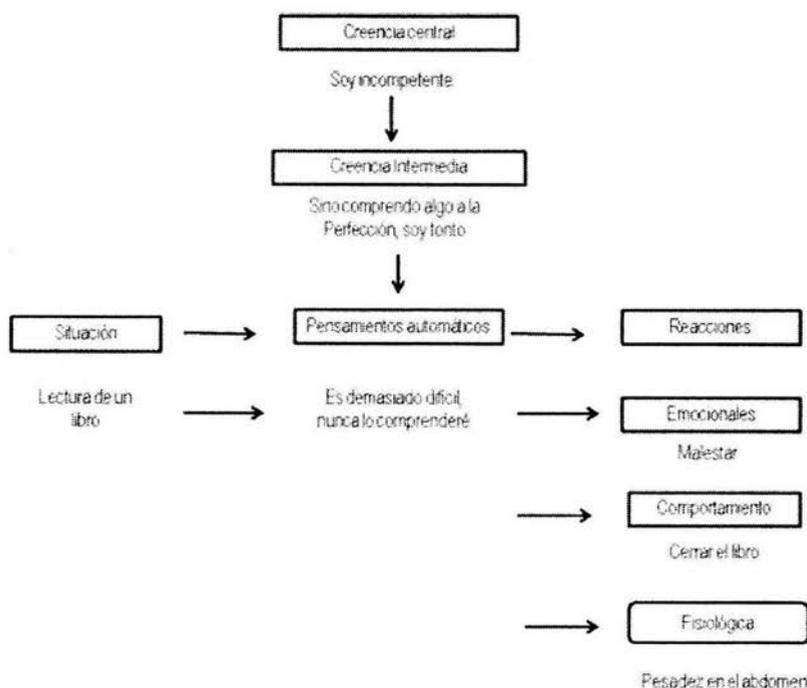
Esta técnica se basa en que los pensamientos automáticos que surgen de manera espontánea en determinadas situaciones, según Beck (2005) las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo, las ideas centrales son profundas y no se suelen expresar. Estas ideas son consideradas verdaderas y absolutas, creyendo que es así como las cosas "son".

Uno de los objetivos primordiales es demostrar al paciente que el origen de sus estados de ánimo no está en el ambiente, su familia, en sus amigos o en su trabajo, sino en la forma en que interpretan los fenómenos que les acontecen (Vargas & Ibáñez, 1998).

Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas sustituyéndolas por nuevos pensamientos más funcionales, después de la comprobación del

paciente, de que estas son un obstáculo que le impide ser más objetivo consigo mismo y los demás.

El siguiente es un esquema que propone Beck (2005), para explicar el modelo cognitivo en los pensamientos irracionales, en donde se entiende que las reacciones emocionales, fisiológicas y comportamentales que le ocurren al sujeto ante determinada situación, son debido a la influencia de creencias irracionales del pasado, las cuales ya han formado esquemas en el pensamiento de las personas que le hacen visualizar al mundo de manera negativa.



Beck, 2000.

Esta técnica de reestructuración cognitiva se utiliza en PVI a través del diálogo socrático, en donde se pretende llevar al paciente al autodescubrimiento de las ideas o pensamientos disfuncionales, para que después se puedan sustituir por otros más adaptativos.

Una vez que se le ayuda al paciente a identificar las falsas creencias, se hace la confrontación con preguntas como: ¿Qué evidencia tienes para pensarlo? ¿Dicha creencia te produce algún bienestar? ¿La creencia te deja algo positivo? Y ¿Esta se basa en tú experiencia personal o en las ideas que tienes gracias a tu familia u otras personas?

Cuando se logra que el paciente cambie de opinión con respecto a su creencia, con ayuda del terapeuta realiza una afirmación positiva que contrapone a la creencia inicial, la cual ayude a modificar cognitivamente las ideas disfuncionales.

Para la aplicación de la técnica se utiliza tanto el modelo cognitivo de Beck, como la terapia racional emotiva de Ellis, retomando los aspectos más importantes de ambas dentro de la reestructuración cognitiva.

Esta técnica es la base en el tratamiento con los pacientes depresivos, por lo que regularmente se utiliza al inicio del proceso terapéutico, en 3 a 5 sesiones aproximadamente, una vez que se ha terminado de realizar el diagnóstico adecuado.

✓ **Identificación y expresión de emociones.**

Las emociones negativas intensas son muy dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción (Beck, 2005).

Por lo regular los pacientes deprimidos experimentan emociones polarizadas, sobretodo en un sentido negativo, lo que incrementa su malestar general.

Beck (2005) menciona que el terapeuta no desafía al paciente ni discute sus emociones, sino que evalúa los pensamientos y creencias disfuncionales que subyacen en el malestar, para reducir la distrofia.

Los siguientes son los pasos que se utilizan dentro del tratamiento vía internet para identificar las emociones y expresarlas, estos son propuestos por Bourne (2001).

1. Identificar las emociones. Para realizarlo será importante reconocer los síntomas de las emociones reprimidas (por ejemplo, dolores de cabeza, tensión muscular, malestares estomacales, etc.), después contactar corporalmente las emociones para llegar a ellas, y por último hacer una discriminación más precisa de ellas.
2. Expresar las emociones. Una vez que se han identificado de una manera correcta, será importante la expresión (este paso es el más importante para el alivio). La expresión se puede llevar a cabo haciendo varios ejercicios como: escribirlas, llorando, pegándolo a una almohada, una bolsa inflada, un muñeco u otro objeto suave, gritando o realizando alguna actividad física que genere alivio.
3. Comunicarlas. La comunicación tiene que ser con alguien de confianza, de preferencia con un especialista, en este caso con el terapeuta o alguna persona de confianza que pueda ser imparcial en el momento de la escucha.

El tratamiento Vía internet de las emociones se realiza con base a lo anterior, ayudando de forma inicial al paciente a identificar las emociones negativas que le están causando molestia, para posteriormente expresarlas y canalizarlas de una manera diferente, que le ayude mejorar los síntomas depresivos.

La técnica es utilizada en 3 o 4 sesiones aproximadamente, en las cuales se pueden realizar ejercicios de imaginación guiada, respiración, diferentes tipos de relajación, descarga emocional, entre otros.

Finalmente cabe mencionar que las emociones negativas cumplen una función adaptativa como el dolor, el cual nos avisa que existe alguna enfermedad orgánica o molestia en el cuerpo, así las emociones negativas nos hacen notar que hay una molestia psicológica significativa que debe ser tomada en cuenta.

✓ **Entrenamiento en asertividad.**

Este entrenamiento es fundamental para el tratamiento, ya que por lo regular uno de los factores desencadenantes de la depresión es las deficiencias en las habilidades de interacción con los otros. En esencia, las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social (Nezu et al., 2005).

Burne (2005) menciona que ser asertivo implica un autoconocimiento de lo que se quiere y se desea, ser consciente de los derechos, de la condición humana, ser respetuoso de sí mismo y de las necesidades particulares también de los demás. Actuar asertivamente es una manera de desarrollar un autorespeto y una autovaloración, partes fundamentales de la autoestima.

Por lo regular las personas deprimidas terminan sometiéndose ante las demandas de los otros debido a las deficiencias en las relaciones interpersonales, es por esto que les es difícil tomar decisiones, tener la iniciativa para comenzar nuevos proyectos y sobretodo hacer valer sus derechos ante los demás.

Según Caballo (1991) el entrenamiento asertivo implica la identificación de las situaciones problema, seguido por el modelamiento de respuestas más apropiadas.

A continuación se mencionan cinco áreas primordiales a trabajar para lograr la asertividad propuestas por Bourne (2005):

1. Darse cuenta de sus sentimientos, necesidades y deseos (lo que se está sintiendo y lo que se quiere o espera).
2. Desarrollar conductas no-verbales asertivas (mirar de frente, mostrarse seguro de las decisiones y permanecer con calma).
3. Reconocer y ejercer los derechos humanos (estar enterados de los derechos propios y ejercerlos con responsabilidad).
4. Aprender a decir No (decirlo cuando se sienta y desee, además de no sentir culpa ante ello).
5. Practicar respuestas asertivas (primero escribiéndolas o con role-playing y luego en la vida real).

Principalmente el entrenamiento en asertividad es llevado a cabo gracias al ensayo de roles o role-playing, técnica con la cual como su nombre lo indica, el paciente tiene la oportunidad de practicar con su terapeuta distintas respuestas antes situaciones o personas que le es difícil enfrentar de manera asertiva.

En PVI esta técnica se lleva a cabo en 4 sesiones aproximadamente, en donde se ayuda al paciente a utilizar diferentes maneras de respuestas y comunicación asertivas para sus relaciones interpersonales, a través del role-playing, en donde el terapeuta a veces tiene el papel del paciente y a veces el de la otra persona (as) conflictivas para el paciente.

✓ **Entrenamiento en solución de problemas.**

Por lo regular en los pacientes con depresión está disminuida la capacidad de toma de decisiones y por lo tanto la solución de problemas, entonces será importante ayudar al paciente en la resolución de estos.

De acuerdo con Nezu (2005) la terapia de resolución de problemas ayuda a los individuos a que se fijen metas realistas cuando afrontan conflictos cotidianos estresantes, además de que les enseña a auto-gratificarse adecuadamente cuando realicen esfuerzos explícitos para resolver problemas.

La técnica de resolución de problemas tiene cuatro metas generales las cuales son: a) ayudar a los individuos deprimidos a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo; b) minimizar el grado en el que los síntomas depresivos afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros; c) aumentar la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas presentes en este momento; y d) enseñar habilidades generales que les permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos (Nezu et al., 2005).

La solución de problemas no siempre resulta fácil para las personas, ya que cada quién tiene ya una manera de resolverlos y no siempre esta es la mejor, en esta técnica el paciente tiene que integrar las otras habilidades aprendidas a lo largo del tratamiento, tratando de identificar las creencias irracionales que pudieran surgir, esto para poder ser más objetivo, además de utilizar las herramientas de asertividad para ser aplicadas en los conflictos relacionales.

Olivares (2005) menciona 5 pasos a seguir para la toma de resolución de problemas, los cuales se presentan a continuación:

- 1) Orientación del problema.
- 2) Formulación y definición del problema.
- 3) Generación de alternativas.
- 4) Toma de decisiones y
- 5) Puesta en práctica de la decisión y verificación de los resultados.

Estos pasos ayudan al paciente a tener más claro el conflicto y hacia dónde dirigirse, a partir de la generación de distintas alternativas ante la misma situación.

En PVI es utilizada esta técnica en 2 sesiones aproximadamente, utilizando varios ejemplos y realizando ejercicios para la generación de alternativas y toma de decisiones.

El objetivo de que esta técnica sea utilizada al final del tratamiento, es para que el paciente integre lo que ya ha aprendido en el tratamiento y una vez que sea dado de alta pueda resolver conflictos sin ayuda de un profesional.

### 2.3 Experiencias similares

La eficacia de los tratamientos vía internet se ha demostrado ya en algunas investigaciones con distintas modalidades de comunicación, ya sea sincrónica o asincrónica, la mayoría de los tratamientos que actualmente se ofrecen vía internet son de una orientación cognitivo-conductual, esto podría explicar la facilidad que presenta esta modalidad de tratamiento para medir sus resultados, ya que se apega al método científico.

A continuación se presentaran algunos estudios realizados vía internet y la eficacia que estos han demostrado.

Un estudio realizado por Gallego (2007) en donde compara ciento veintinueve participantes diagnosticados con fobia social según criterios DSM-I, fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes condiciones experimentales: 1) un tratamiento autoadministrado vía Internet llamado Háblame (programa de tratamiento autoadministrado vía Internet para el miedo a hablar en público); 2) el mismo tratamiento administrado por un terapeuta; 3) un grupo control lista de espera. Los resultados mostraron que Háblame fue igual de eficaz que el mismo programa de tratamiento administrado por un terapeuta y además ambos tratamientos fueron más eficaces que el grupo control lista de espera en características clínicas relevantes. Los resultados obtenidos se mantuvieron en los seguimientos a los 3 y 6 meses.

Turner (2005) realizó un estudio en donde se comparó la terapia cara a cara con el mismo tratamiento a distancia para dejar de fumar. En la investigación cuasi-experimental se realizó una división de la muestra en 4 grupos, de los cuales dos fueron asignados a tratamiento cara a cara y dos a distancia, en estas divisiones, a su vez uno de los grupos fue consultado para ser asignado a la modalidad y la otra parte no. Se encontró que en los grupos de personas que fueron asignadas al grupo con su consentimiento, hubo menos deserción, lo contrario que en los

asignados aleatoriamente, también es importante mencionar que entre los que terminaron el tratamiento no hubo diferencias significativas en los resultados obtenidos, con respecto a la modalidad de tratamiento empleada al finalizar el tratamiento.

Clake et al, 2002 desarrollo un programa autoaplicado llamado "superación de la depresión en internet" con sus siglas en inglés ODIN a través del cual encontraron que las personas con depresión leve o moderada fueron quienes terminaron el tratamiento, en comparación con otros pacientes con depresión severa, quienes abandonaron con mayor frecuencia el tratamiento. Para el estudio se utilizaron tres grupos: el control, el que recibió el tratamiento auto-aplicado vía internet y que recibió el mismo tratamiento cara a cara, encontraron que hubo diferencias entre el grupo control y los dos grupos experimentales, ya que en los segundos si existieron mejoras, entre los grupos experimentales no se encontraron diferencias significativas en la mejora.

De igual manera se realiza PVI en La Unidad de Tabaquismo, hospital Carlos III en España para el tratamiento del tabaquismo, dadas las ventajas de estos tratamientos vía internet (Fletes, et al. 2006).

Las investigaciones reportadas en México de tratamientos Vía internet son escasas, sin embargo, estudios de caso muestran obtener resultados favorables, por ejemplo para el tratamiento de ansiedad (De la rosa, 2007; Frías, 2010) y para el mejoramiento de las habilidades sociales (Moreno, 2009),

Como podemos corroborar con los estudios antes mencionados, la efectividad de la psicoterapia vía internet con una orientación cognitivo-conductual es efectiva en el tratamiento y prevención de algunos de los trastornos, claro que la efectividad del tratamiento no solo depende del tipo de tratamiento sino también de otras variables que son responsabilidad tanto en el paciente como del terapeuta.

### **3. Programa de intervención**

#### **3.1 Propósitos fundamentales.**

Dentro del programa de Psicoterapia Vía Internet, existen distintos propósitos, estos son pensados en la población destinataria, para ofrecer un tratamiento que sea útil para el paciente y le brinde las herramientas necesarias para contrarrestar el trastorno que le aqueja, en ellos se encuentran:

- Desarrollar alternativas de tratamiento para personas que tienen difícil acceso a servicios de salud mental.
- Brindar un servicio de calidad y acorde a las necesidades del paciente.
- Crear un espacio terapéutico para que el paciente sienta la confianza de platicar con el terapeuta.
- Guiar al paciente y darle las herramientas necesarias para aminorar los síntomas.
- Enseñar a los pacientes distintas técnicas cognitivas y conductuales para mejorar su calidad de vida.
- Brindar a los pacientes herramientas para solucionar distintos tipos de problemas en situaciones que pueden ser estresantes, esto para que puedan prevenir una recaída.
- Al finalizar el tratamiento puedan generalizar las habilidades aprendidas mediante las diversas técnicas cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento a otras áreas en su vida cotidiana.
- A través de la intervención, realizar investigación objetiva de los procedimientos, herramientas y servicios ofrecidos mediante esta modalidad.

### **3.2 Población destinataria.**

Los destinatarios fueron aquellas personas que son candidatos viables a recibir el servicio, estas características se pueden englobar en 3 aspectos fundamentales a evaluar, por:

1. Las características de su padecimiento, dentro del programa se tratan distintos padecimientos entre los cuales en el presente trabajo solo se aborda depresión clasificada como leve y moderada, según los inventarios de depresión y ansiedad de Beck.
2. La limitación de tiempo y/o espacio para recibir otro tipo de tratamiento, por ejemplo, se atienden pacientes del interior de la república con limitado acceso a este tipo de servicios de salud mental.
3. Sepan iniciar una conversación con herramientas tecnológicas, ya sea por chat o videoconferencia, mandar y recibir correos electrónicos.
4. Acceso a una computadora e internet y disponibilidad de al menos una hora y media a la semana.

Existen dos vías por las que se puede tener acceso al programa, la primera es mediante el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSP) de la Facultad de Psicología y a través de una solicitud por escrito vía internet. Mediante el CSP, una vez que el expediente ha sido asignado al programa, el coordinador es quien asigna un terapeuta y este se pone en contacto con el paciente para acordar una cita presencial (que será la primera y única). Esta sesión presencial tiene varios objetivos como: obtener mayor información acerca del motivo de consulta, que ambos se conozcan, explicar la modalidad de tratamiento, esclarecer las dudas que pueda tener el paciente y acordar las

normas mínimas del tratamiento, por ejemplo, hora de las sesiones, puntualidad, que no está permitido escuchar música durante las sesiones, etc.

A través de internet el procedimiento es similar, con la diferencia de que la primera sesión es por videoconferencia, sobre todo si el paciente es del interior de la república.

A continuación se presentan el número de pacientes asignados, los dados de alta, los que se dieron de baja y los canalizados.

<b>Asignados</b>	<b>Altas</b>	<b>Bajas</b>	<b>Canalizaciones</b>
<b>16</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

Como se puede observar las bajas son mayoría, lo cual se debe a que todos los pacientes (6) que fueron asignados a través del Centro de Servicios Psicológicos se dieron de baja debido a que iniciaban su tratamiento, pero después de algunas sesiones dejaban de asistir o desde la primera entrevista decidían no continuar, argumentando explícitamente que era por el tipo de modalidad, ya que ellos (as) esperaban fuera su tratamiento cara a cara.

Las otras bajas que se presentaron de quienes solicitaron el tratamiento vía internet fueron en promedio después de 5 sesiones, por inasistencia o por decisión propia. La única canalización fue porque requería de un tratamiento psiquiátrico y se envió al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

### **3.3 Espacio de trabajo**

El espacio utilizado en el procedimiento, como ya se había mencionado, fue el cubículo 18 del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM ubicado en el sótano del edificio D. El cual está habilitado con el equipo necesario para realizar las sesiones vía chat o videoconferencia.

### **3.4 Fases por las que discurrió el procedimiento.**

- ✓ Evaluación inicial de las habilidades y conocimientos acerca de las técnicas CC, habilidades terapéuticas, conocimientos de psicoterapia, entre otros.
- ✓ Capacitación en Psicoterapia Vía Internet (PVI).
- ✓ Inicio de la búsqueda bibliográfica en los temas de interés.
- ✓ Evaluación post capacitación de los conocimientos, habilidades y competencias clínicas adquiridas mediante la capacitación.
- ✓ Atención de pacientes a través de PVI.
- ✓ Supervisión clínica.
- ✓ Finalización de los pacientes atendidos.
- ✓ Realización de altas y reportes de resultados de los tratamientos.
- ✓ Finalización de reporte de prácticas profesionales.

### **3.5 Actividades principales.**

Dentro de las actividades principales en las prácticas profesionales se encuentran: evaluación de candidatos a PVI, primer contacto con los candidatos, aplicación y evaluación de los instrumentos, elaboración de reportes, atención vía internet, supervisión clínica, preparación de las sesiones semanales, elaboración de

bitácoras por sesión de trabajo de cada paciente, elaboración de material psicoeducativo, entre otras.

### **3.6 Materiales e instrumentos.**

#### Materiales

- Computadora con acceso a Internet
- Diadema con micrófono
- Cámara web
- Expedientes impresos y digitales
- Otros varios como hojas blancas, impresora, perforadora, folders, etc.
- Formato de consentimiento.

#### Instrumentos de evaluación

1. Escala de depresión de Beck (1986)
2. Escala de Ansiedad de Beck (1988)
3. Inventario de Autoestima (Reidl, 2002).
4. Inventario de Calidad de Vida y Salud (Sánchez, Riveros y Andrew, 2007).
5. Inventario de Creencias Personales (Kassinove y Berger, 1982).
6. Formulación del caso de Nezu (2003).
7. Escala de Autoevaluación de la mejoría (Botella y Ballester, 1997).
8. Inventario de Exploración Clínica (Caballo y Salazar, 2005).

### **3.7 Estrategias de evaluación.**

Las estrategias de evaluación se basan en dos partes, las evaluaciones son autoaplicadas (pre y post tratamiento) son los inventarios y escalas ya antes mencionados, además del registro semanal y la escala de autoevaluación de la

mejoría. Por otra parte se realiza una evaluación de la satisfacción del paciente y terapeuta, así como de la adherencia terapéutica en el tratamiento (estas las realiza el coordinador del programa al finalizar el tratamiento).

#### **4. Resultados.**

A continuación se mostrarán los resultados obtenidos de 3 participantes con un diagnóstico referente a depresión, de acuerdo a las evaluaciones realizadas antes del tratamiento, post tratamiento y en el primer seguimiento (3 meses después).

##### **4.1 Participante N° 1**

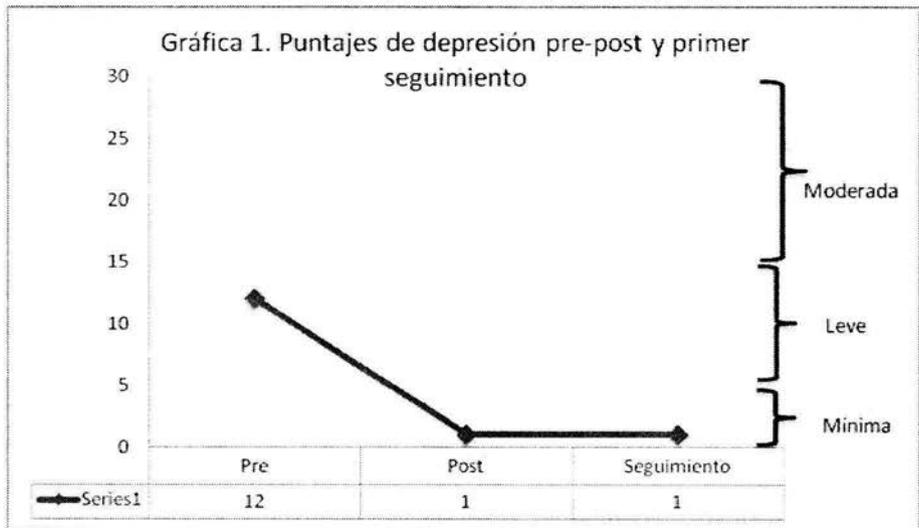
Es una mujer de 35 años, ama de casa y estudiante de psicología a distancia como segunda carrera, residente de Tlaxcala y su estado civil es casada. En total se realizaron 18 sesiones de tratamiento.

El motivo de consulta que refirió es: "Tengo periodos de tristeza porque llevo casi dos años sin trabajar, a veces me siento culpable por la carga económica que ha llevado mi pareja. Me frustra el sentir que me quede estancada y sin rumbo en la profesión".

Ella mostraba baja autoestima por lo que le costaba trabajo tomar sus propias decisiones y llevar a cabo sus metas, presenta síntomas de depresión, como falta de motivación para realizar sus actividades, desinterés por cosas que antes le gustaban y ganas de llorar. Se sentía culpable por no encontrar el empleo adecuado y no ayudar a su pareja económicamente. La participante sufre artritis reumatoide y debido a diversas operaciones a las que se ha sometido no ha podido encontrar un trabajo. Desde hace 5 años vive en Tlaxcala, lugar al que se fue por el trabajo de su esposo, pero desde que está en este lugar le ha sido difícil adaptarse y encontrar un empleo estable, por lo que cuenta con pocas redes de apoyo.

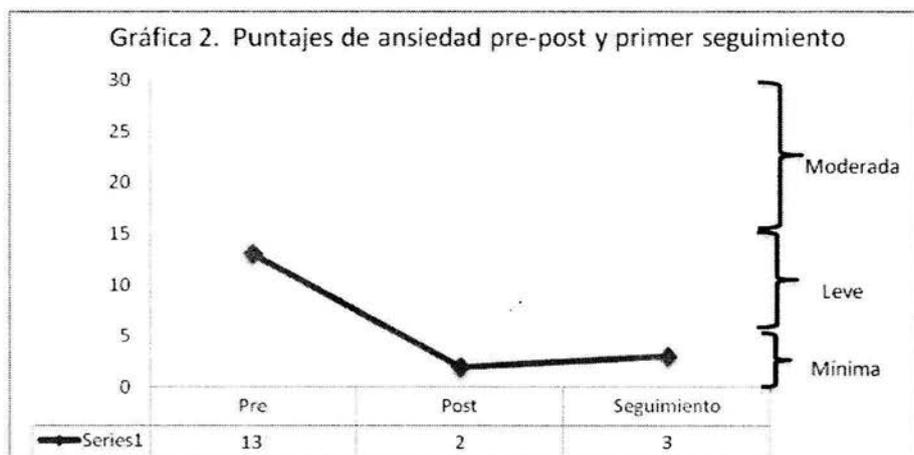
De acuerdo con los instrumentos aplicados y a los síntomas mencionados durante las primeras sesiones, la participante presenta una depresión mayor, que se clasificó así de acuerdo al DSM IV.

A continuación se presentan los resultados de las evaluaciones aplicadas:



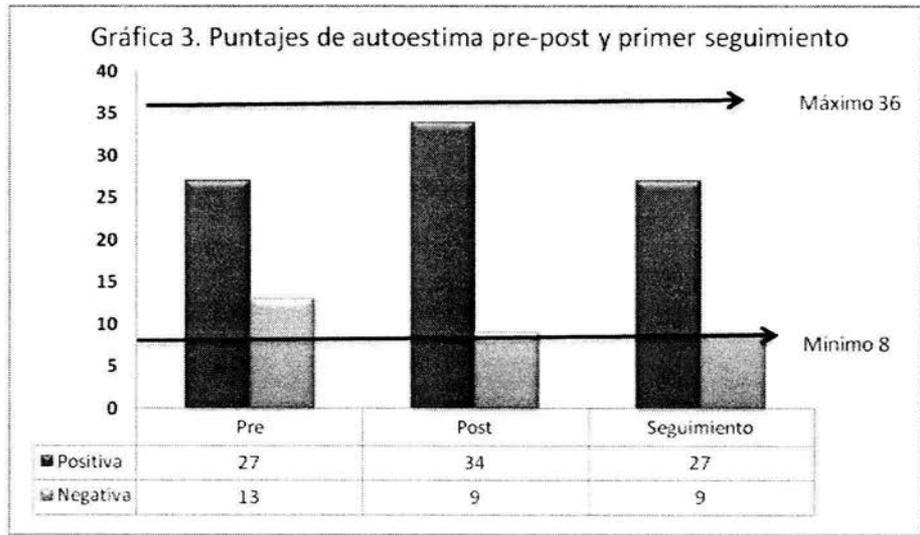
Nota: los índices de depresión fueron medidos a través del Inventario de Depresión de Beck.

En la gráfica 1 se muestran los resultados del Inventario de Depresión de Beck, en donde se puede apreciar el cambio obtenido después del tratamiento, con una disminución de 11 puntos al finalizar el tratamiento y de igual manera en el primer seguimiento.



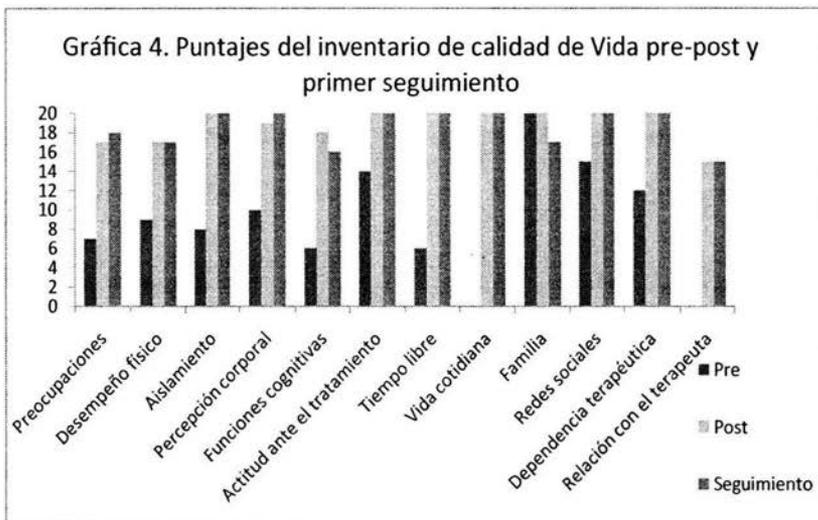
Nota: los índices de ansiedad fueron medidos a través del Inventario de Ansiedad de Beck.

La gráfica 2 muestran el decremento en la escala de Ansiedad, de 11 puntos nuevamente, similar a la anterior, con la diferencia de que hay un punto más en el primer seguimiento.



Nota: los puntajes de autoestima fueron medidos a través del Inventario de Autoestima de Reidl.

La gráfica 3 muestra la autoestima de la participante, la primera barra se refiere a la positiva, la cual aumenta en el inventario y la segunda representa la autoestima negativa, que se ve claramente decrementada al finalizar el tratamiento.



Nota: los puntajes de calidad de vida se midieron a través del Inventario de Calidad de Vida de Sánchez, et al.

En la gráfica 4 se muestra claramente como incrementó la calidad de vida percibida por la participante, sobre todo se ve reflejado en la escala de "vida cotidiana", "funciones cognitivas", "preocupaciones", "aislamiento" y "tiempo libre" en donde hay un claro aumento, que se mantiene en el primer seguimiento. En esta escala a mayor puntuación mayor calidad de vida.

Escala de Automejoria	
Muchisimo peor	1
Bastante peor	2
Un poco peor	3
Sin cambios	4
Un poco mejor	5
Bastante mejor	6
Muchisimo mejor	7



Nota: los puntajes fueron medidos a través de la Escala de autoevaluación de la mejoría de Botella y Ballester.

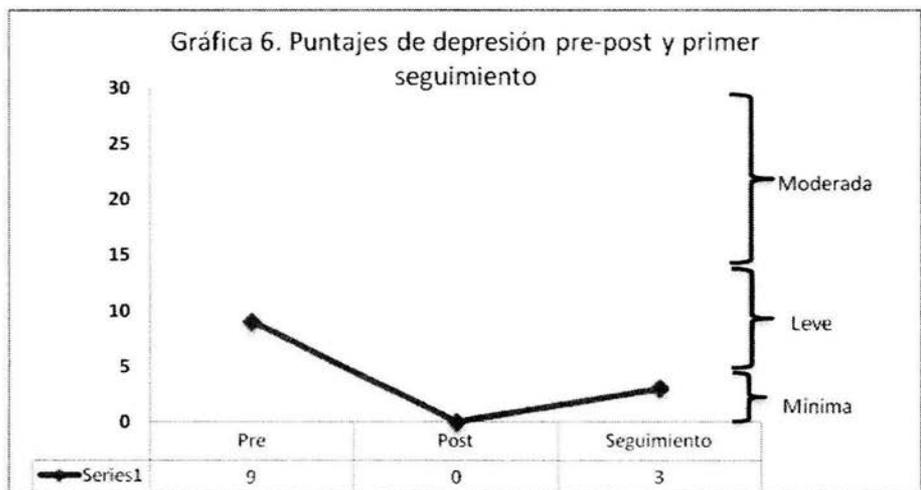
La gráfica 5 muestra la mejoría al inicio del tratamiento, a la mitad y al finalizar, según la percepción de la participante, ya que la llenaba una vez a la semana un día antes de la sesión y enviaba junto con el autoregistro diario. La gráfica refleja el avance a lo largo del tratamiento.

#### **4.2 Participante N° 2**

Es una mujer de 48 años, su escolaridad es licenciatura, empleada de una empresa de construcción, con dos hijos y recién divorciada, actualmente es residente del Distrito Federal. En total se llevaron a cabo 16 sesiones de tratamiento.

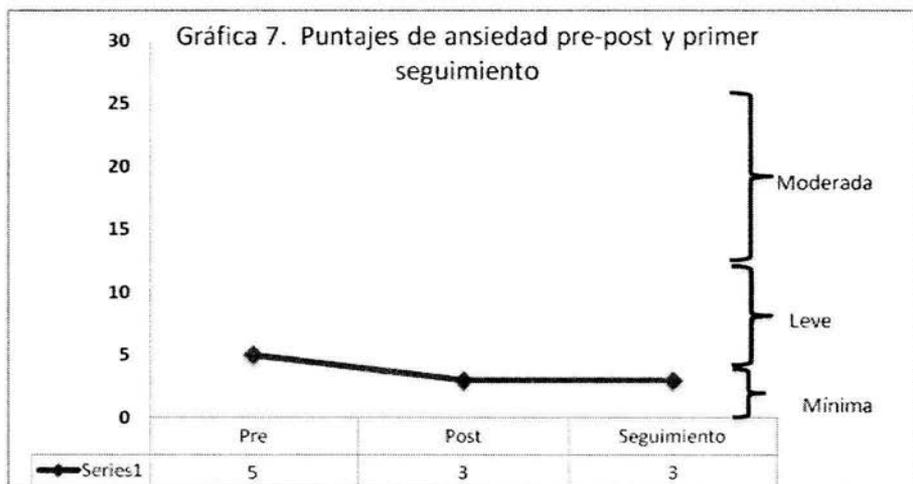
Ella mencionó en su motivo de consulta "tengo síntomas depresivos", comentó que desde el mes de Agosto de 2009 notó que se sentía triste más triste de lo normal, dijo ponerse a llorar cuando está sola en su cuarto por algunas horas hasta quedarse dormida, se siente más cansada de lo normal y trata de caminar para sobrelvarlo. Ella atribuye su problema a tener un miedo a las pérdidas, comentó que una amiga lejana murió en agosto y su cuñada está enferma de cáncer, por lo que ella se pone triste, ya que se siente identificada porque hace algunos años tuvo quistes, y dos veces llegó al hospital con hemorragias por no atenderse a tiempo. Le cuesta trabajo tomar decisiones asertivas y llevar a cabo sus propios planes.

De acuerdo con los instrumentos aplicados y a los síntomas mencionados durante las primeras sesiones, la participante presenta una depresión menor o distimia, que se clasificó así de acuerdo al DSM IV.



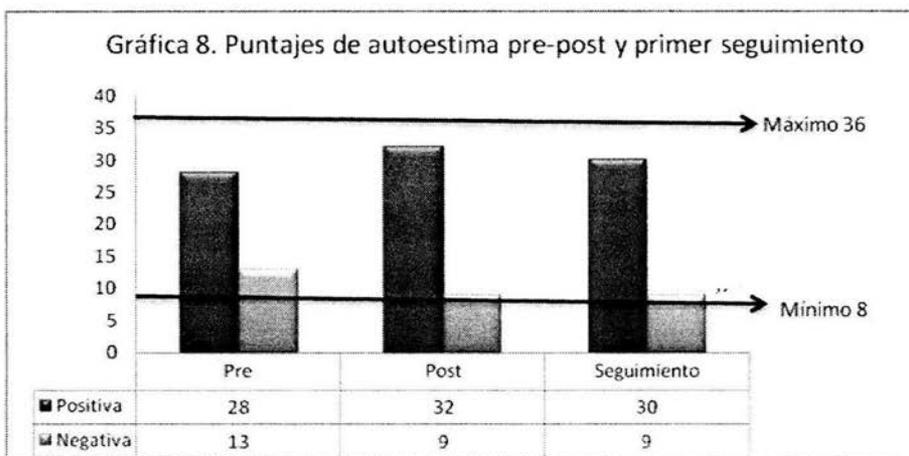
Nota: los índices de depresión fueron medidos a través del Inventario de Depresión de Beck.

La gráfica 6 muestra los puntajes obtenidos antes, después y en el primer seguimiento de la participante en el inventario de depresión, los cuales fueron satisfactorios ya que al finalizar el tratamiento la puntuación es de cero.



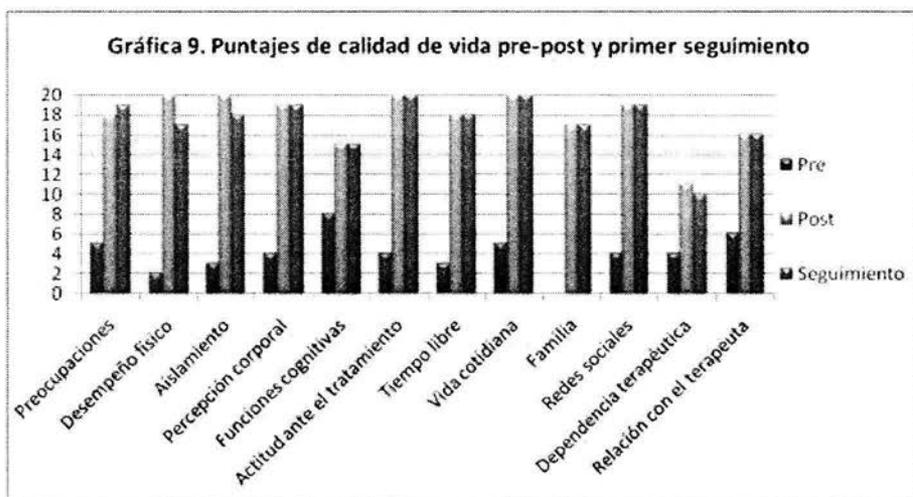
Nota: los índices de ansiedad fueron medidos a través del Inventario de Ansiedad de Beck.

Se muestra los resultados en la gráfica 7 del Inventario de Ansiedad, los cuales fueron favorables después del tratamiento y durante el primer seguimiento, ya que se mantienen.



Nota: los puntajes de autoestima fueron medidos a través del Inventario de Autoestima de Reidl.

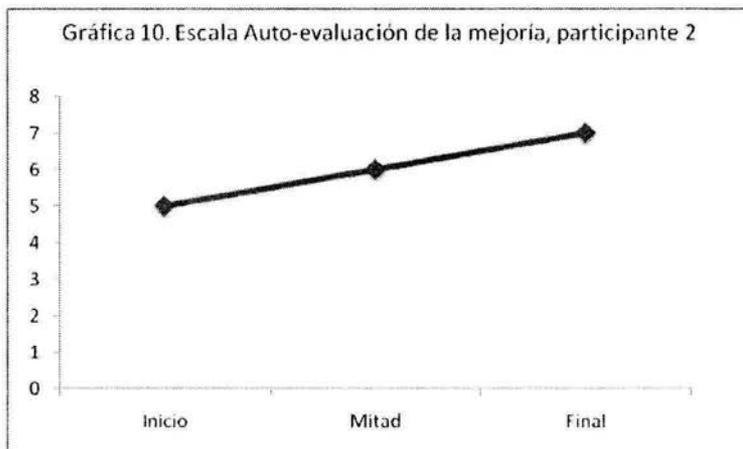
Los resultados en la gráfica 8 muestra que hubo mejoría, ya que la columna de autoestima positiva aumentó y la columna de autoestima negativa disminuyó, de una manera favorable.



Nota: los puntajes de calidad de vida se midieron a través del Inventario de Calidad de Vida de Sánchez, et al.

La gráfica 9 muestra mejoría en todas las áreas que mide el inventario, reflejando una mejor calidad de vida según la percepción de la participante, en las escalas que se nota una mayor mejoría son "familia", "desempeño físico", "aislamiento" y "tiempo libre".

Escala de Automejoría	
Muchísimo peor	1
Bastante peor	2
Un poco peor	3
Sin cambios	4
Un poco mejor	5
Bastante mejor	6
Muchísimo mejor	7



Nota: los puntajes fueron medidos a través de la Escala de autoevaluación de la mejoría de Botella y Ballester.

La gráfica 10 muestra la percepción de la mejoría que semana a semana calificaba la participante, la cual es favorable, a pesar de que aparentemente no hubo mucho cambio.

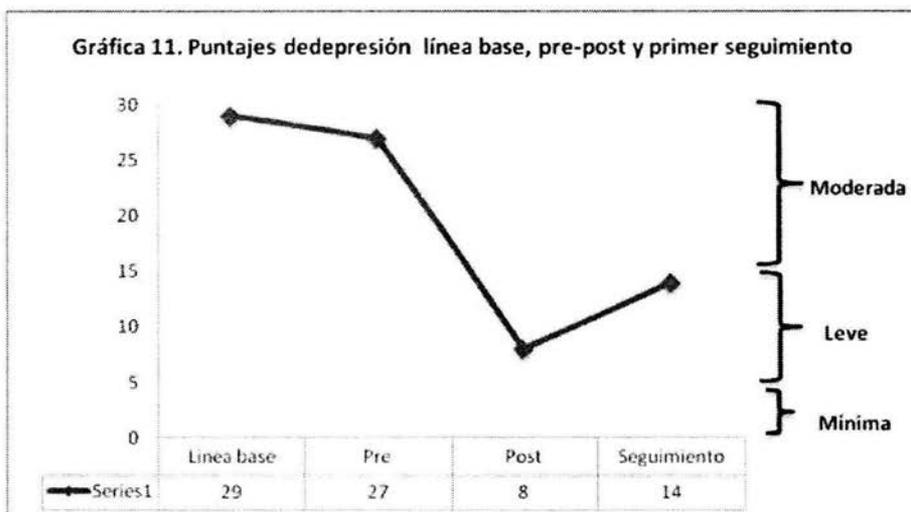
### **4.3 Participante N° 3**

La siguiente participante es una mujer de 31 años, habitante de Toluca, Estado de México. Actualmente es estudiante de psicología a distancia, con dos trabajos y ama de casa. Su estado civil es casada y tiene tres hijos. En total se trabajaron 20 sesiones.

Ella mencionó como motivo de consulta "Inestabilidad emocional" la presentaba desde hace algunos años, pero cree que se vio aumentada desde el año anterior, a partir de que le detectaron cáncer cervico uterino. Dijo tener constantemente cambios de humor, ya que un día puede amanecer sin ganas de realizar sus actividades y no se levanta y otros días se siente bien, otros días está muy irritable sin razón aparente y les grita a sus hijos por cualquier motivo. A veces presentaba problemas para dormir cuando algo le preocupaba, pero la mayoría de las veces aunque duerma mucho siente que no descansa. Cree que come mucho aunque otros opinen lo contrario, no le agrada su cuerpo ya que le gustaría ser más delgada.

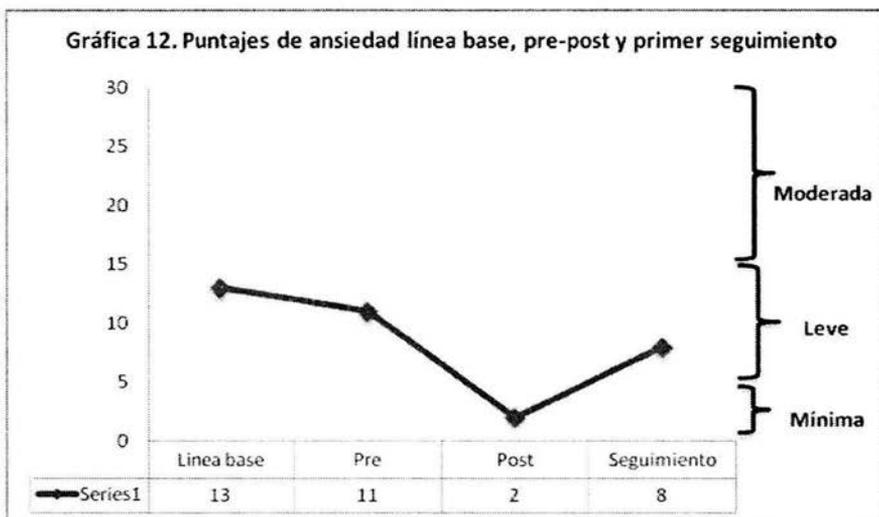
De acuerdo con los instrumentos aplicados y a los síntomas mencionados durante las primeras sesiones, la participante presenta una depresión mayor, que se clasificó así de acuerdo al DSM IV.

Con esta participante se pudo obtener una línea base, ya que estuvo en lista de espera durante 3 meses, por lo cual al iniciar el tratamiento se volvieron a aplicar los instrumentos para saber si se había modificado el trastorno. Por lo tanto se muestran los resultados de la línea base, pre-tratamiento, post-tratamiento y primer seguimiento (3 meses después).



Nota: los índices de depresión fueron medidos a través del Inventario de Depresión de Beck.

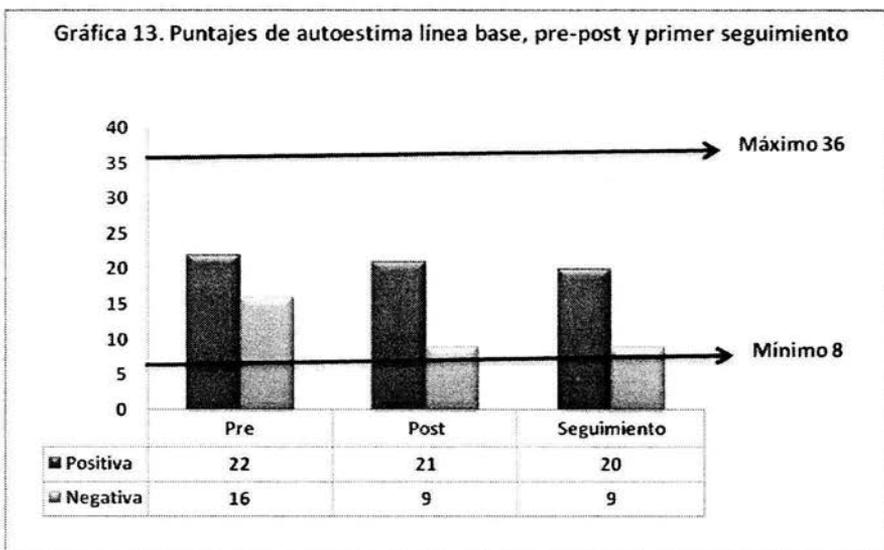
La gráfica 11 muestra las puntuaciones obtenidas a través del Inventario de Depresión, puntajes que son favorables a pesar de haber un ligero incremento para el primer seguimiento.



Nota: los índices de ansiedad fueron medidos a través del Inventario de Ansiedad de Beck.

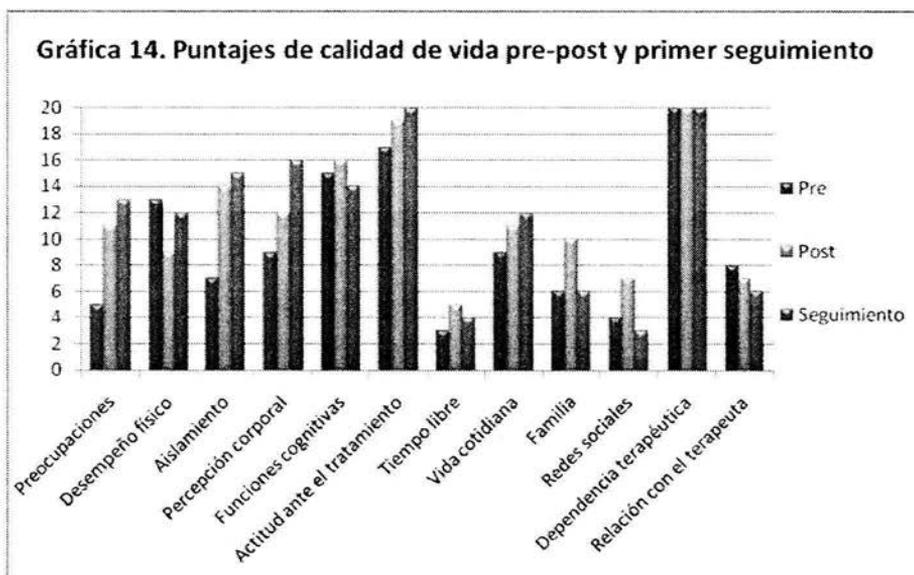
La gráfica 12 ilustra los avances que se obtuvieron después del tratamiento al tener una línea base de 13 hasta el post de 2, aunque hubo un aumento en el primer seguimiento, ya que se obtuvo nuevamente a un puntaje leve en el inventario de ansiedad.

Gráfica 13. Puntajes de autoestima línea base, pre-post y primer seguimiento



Nota: los puntajes de autoestima fueron medidos a través del Inventario de Autoestima de Reidl.

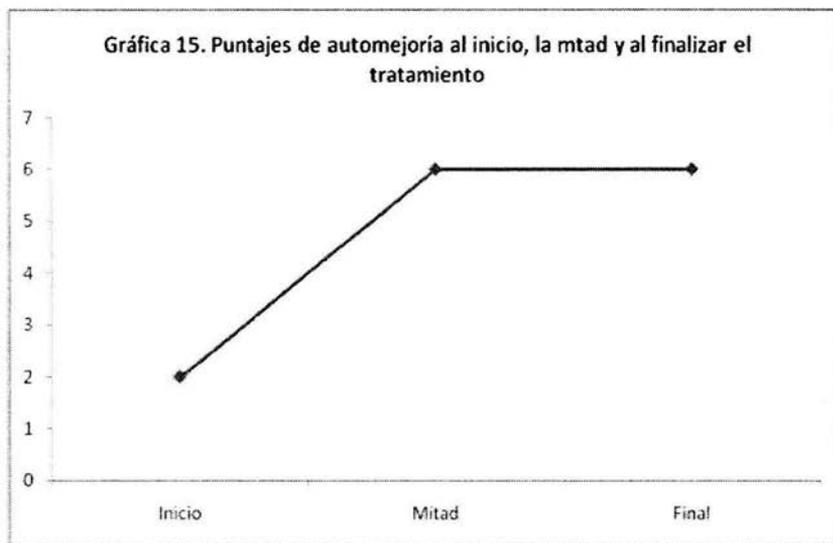
La gráfica 13 muestra los resultados del inventario de autoestima, en el que se puede observar como la autoestima positiva no tuvo muchos cambios con el tratamiento, ni en el primer seguimiento, sin embargo, la autoestima negativa si disminuyó de una manera visible y favorable.



Nota: los puntajes de calidad de vida se midieron a través del Inventario de Calidad de Vida de Sánchez, et al.

La gráfica 14 muestra los cambios en la percepción de la calidad de vida de la participante N° 3. Las escalas que muestran una mayor mejora son "percepción corporal" y "preocupaciones" ya que a simple vista se ve un incremento en las puntuaciones obtenidas a través de este inventario aplicado a la participante.

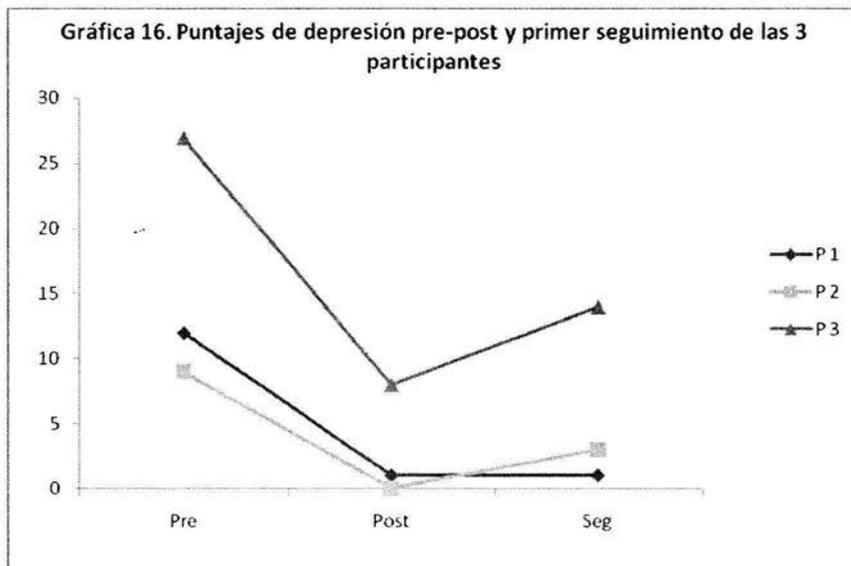
Escala de Automejoría	
Muchísimo peor	1
Bastante peor	2
Un poco peor	3
Sin cambios	4
Un poco mejor	5
Bastante mejor	6
Muchísimo mejor	7



Nota: los puntajes fueron medidos a través de la Escala de autoevaluación de la mejoría de Botella y Ballester.

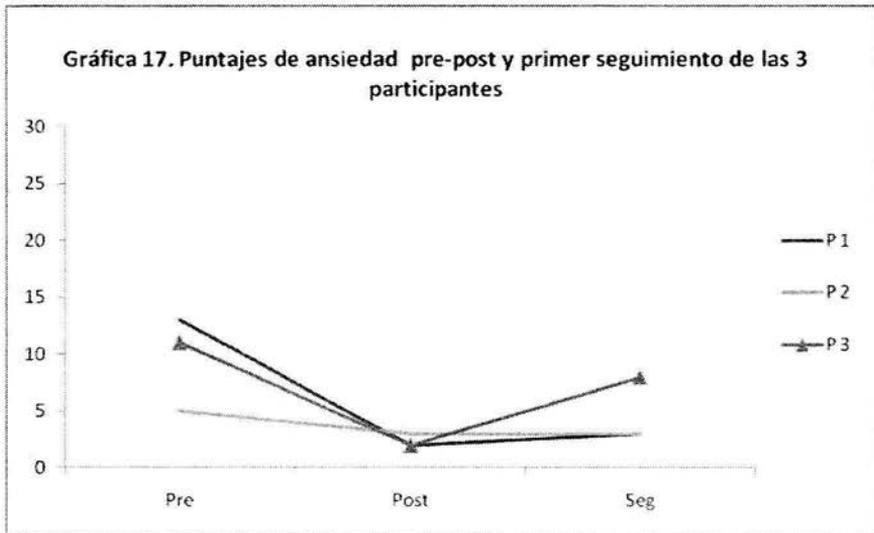
La gráfica muestra la percepción de la Automejoría en cada semana del tratamiento, esta mejoría es bastante variable en esta participante en comparación con las anteriores, sin embargo es finalmente positiva para la participante.

A continuación se muestran los inventarios de Depresión y Ansiedad de las tres participantes, para hacer una comparación de la mejoría entre ellas.



Nota: los índices de depresión fueron medidos a través del Inventario de Depresión de Beck.

Los resultados muestran que para las tres participantes hubo mejoría en los síntomas depresivos, y que estos son acorde al grado de severidad que presentaban al inicio del tratamiento. Aunque hubo incremento en las puntuaciones, estas se mantuvieron en los tres casos, por debajo de 15.



Nota: los índices de ansiedad fueron medidos a través del Inventario de Ansiedad de Beck.

La gráfica 17 nos muestra las puntuaciones que obtuvieron las participantes, podemos observar como la ansiedad en ellas disminuyo al finalizar el tratamiento y aumento un poco en el primer seguimiento, con excepción de la participante 2, que se mantuvo con el mismo puntaje en el seguimiento.

#### **4.4 Otros participantes**

A continuación se describirán a los demás participantes que no concluyeron el tratamiento.

##### **Participante 4**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 50 años

**Estado civil:** Legalmente casada, pero separada desde hace más de 10 años, sin haber iniciado trámites de divorcio.

**Nivel de escolaridad:** Maestría

**Lugar de residencia:** Tlaxcala

**Ocupación:** Maestra

**Tipo de solicitud:** Vía Internet

**Motivo de consulta:** Migraña desde hace varios años, esta se agudiza con los problemas laborales y familiares, lo que genera ansiedad.

**Nº de sesiones realizadas:** 21

Esta participante se dio de alta con avances significativos en los niveles de ansiedad, no se menciona más detalladamente ya que el tratamiento fue enfocado hacia ansiedad y el presente reporte está enfocado en participantes con diagnóstico referente a depresión.

**Participante 5**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 23

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Oaxaca

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Vía Internet

**Motivo de consulta:** "No estoy satisfecha en los diversos ámbitos de mi vida"

**Nº de sesiones realizadas:** 3

**Motivo de la baja:** No quiso continuar con el tratamiento debido a que tuvo un problema familiar y mencionó no tenía las posibilidades económicas para pagar el tratamiento, aunque se trató de buscar alternativas para el pago ella decidió no continuar.

**Participante 6**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 22

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Oaxaca

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Vía Internet

**Motivo de consulta:** "Necesito encontrar un equilibrio para mi vida y estar bien conmigo y los demás que me rodean"

**Nº de sesiones realizadas:** 4

**Motivo de la baja:** No asistió a varias sesiones y cuando asistía llegaba tarde y no realizaba los autoregistros acordados, al parecer durante las sesiones realizaba otras actividades ya que el tiempo de respuesta era muy largo, se trato de realizar un encuadre varias veces para mejorar el trabajo, pero se justificaba. Después de 3 inasistencias seguidas se decidió darle de baja.

#### **Participante 7**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 22

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** Problemas con sus relaciones interpersonales.

**Nº de sesiones realizadas:** 1

**Motivo de la baja:** Después de la primera sesión no volvió a tener ningún contacto, se le llamo a su casa y se le enviaron 2 correos para saber si continuaría y no volvimos a tener respuesta. Durante la primera sesión menciono que no le gustaba la modalidad, que ella prefería una terapia presencial, se le mencionaron lo beneficios y dijo lo intentaría, sin embargo no se volvió a tener contacto.

### **Participante 8**

**Sexo:** Hombre

**Edad:** 33

**Estado civil:** Casado

**Nivel de escolaridad:** Maestría en curso

**Lugar de residencia:** Tlaxcala

**Ocupación:** Estudiante y empleado.

**Tipo de solicitud:** Vía Internet

**Motivo de consulta:** "Por superación y crecimiento personal, a veces me estreso y es difícil controlar la situación. Me gustaría saber si estoy educando de una manera correcta a mi hija"

**Nº de sesiones realizadas:** 6

**Motivo de la baja:** Tenía interés en el tratamiento pero realizaba muchas actividades al día, por lo que llegaba muy tarde a las sesiones o no llegaba, no realizaba los autoregistros y varias veces mando correos disculpándose por no conectarse, se trato de modificar las tareas y flexibilizar los horarios, pero aun así seguía faltando a las sesiones. Después de 3 faltas consecutivas se le dio de baja.

**Participante 9**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 21

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Oaxaca

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Vía Internet

**Motivo de consulta:** "Buscar ayuda" Presentaba síntomas depresivos, tenía problemas con su familia aunque vivía lejos de ellos, su novio no la dejaba tener amigos y era muy posesivo, por lo que llegó a agredirla física y verbalmente.

**Nº de sesiones realizadas:** 4

**Motivo de la baja:** No asistía a las sesiones o las cancelaba media hora antes, mencionaba que tenía mucha tarea y no podía conectarse, se trato de llegar a algún acuerdo, se perdió el contacto por un mes y se le intento contactar vía correo, pero al no tener respuesta se decidió darla de baja.

**Participante 10**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 22

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** “Enganche con pacientes” en el lugar que realizaba su servicio social tenía contacto con personas, pero sentía que se enganchaba con los problemas de los demás y le resultaba difícil dejar de ponerse triste por ellos, demás presentaba problemas con sus relaciones interpersonales.

**Nº de sesiones realizadas:** 1

**Motivo de la baja:** Después de la primera sesión no volvió a tener ningún contacto, se le llamo a su casa y se le enviaron correos para saber si continuaría y no volvimos a tener respuesta.

#### **Participante 11**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 27

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura trunca

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Ninguna

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** “Inseguridad y falta de compromiso”

**Nº de sesiones realizadas:** 1

**Motivo de la baja:** Se inicio el tratamiento pero después de la cuarta sesión hubo vacaciones y regresando de estas no se volvió a tener contacto, se le mandaron correos y se le llamo, sin respuesta, aproximadamente 6 meses después mando un correo disculpándose y diciendo que se había ido a viajar por Europa y se le había olvidado avisarme.

### **Participante 12**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 22 años

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** "Crisis emocional y baja autoestima"

**Nº de sesiones realizadas:** 1

**Motivo de la baja:** Durante la primera sesión menciono que no le convencía la modalidad y dijo que prefería no tomar ningún tratamiento, se le mencionaron las ventajas y se le explico la forma de trabajo, pero decidió no continuar.

### **Participante 13**

**Sexo:** Hombre

**Edad:** 21

**Estado civil:** Soltero

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** "Falta de compromiso con el estudio"

**Nº de sesiones realizadas:** 0

**Motivo de la baja:** Debido a que había realizado su solicitud de tratamiento hacia ya más de seis meses en el momento que fue asignado al programa, se le trato de contactar solo vía correo porque no proporciono ningún otro dato, pero no se logro.

#### **Participante 14**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 20

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** "Porque estoy consciente que necesito orientación o alguna evaluación de mi persona" Presentaba síntomas somáticos debido a ansiedad y baja autoestima.

**N° de sesiones realizadas:** 6

**Motivo de la baja:** Inasistencia a las sesiones y falta de compromiso con el tratamiento. No enviaba sus autoregistros y mencionaba excusas incoherentes, se conectaba tarde a las sesiones y a veces las cancelaba. Al parecer durante las sesiones realizaba otras actividades porque a veces no contestaba por varios minutos y su justificación era que llegaban visitas o que contestaba el teléfono. Después dos inasistencias seguidas y al no tener respuestas se decidió darla de baja.

#### **Participante 15**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 23 años

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** "Problemas por estrés, familiares y personales"

**N° de sesiones realizadas:** 1

**Motivo de la baja:** Durante la primera sesión menciono que no le convencía la modalidad, se le mencionaron las ventajas y se le explico la forma de trabajo, pero decidió no continuar.

**Participante 16**

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 23 años

**Estado civil:** Soltera

**Nivel de escolaridad:** Licenciatura en curso

**Lugar de residencia:** Distrito Federal

**Ocupación:** Estudiante

**Tipo de solicitud:** Centro de Servicios Psicológicos

**Motivo de consulta:** "Problemas familiares"

**Nº de sesiones realizadas:** 4

**Canalización:** Los problemas familiares que presentaba la participante le generaban niveles muy altos de ansiedad, por lo que llegaba a dañarse físicamente, también tenía un grave problema de alcoholismo, por lo que se tomo la decisión de canalizarla a psiquiatría ya que requería de medicación para controlar la ansiedad.

## **5. Discusión.**

Los resultados encontrados en las evaluaciones post y seguimientos, son importantes de rescatar, ya que como se mostró en las graficas antes presentadas, existen nuevas alternativas de tratamiento, que son útiles para la psicología basada en evidencia, a partir de la cual se pueden seguir perfeccionando las técnicas, evaluaciones, protocolos y por lo tanto los tratamientos.

Al observar las cifras de la depresión a nivel mundial y en México nos podemos dar cuenta de que es importante realizar este tipo de investigación, para que la psicología poco a poco vaya creando tratamientos al alcance de cualquier persona, que de alguna manera satisfagan las demandas de la creciente población con trastornos como la depresión.

En este caso se utilizó como base la terapia cognitivo conductual, ya que autores como Beck (1987), Nezu, Nezu y Lombardi (2005) y Alvarado, Vega, Sanhueza y Muñoz (2005), afirman su eficacia. Es así también como con los datos anteriores podemos observar como en los tres casos expuestos hubo mejora en los síntomas depresivos, mejora en la calidad de vida y autoestima, para las participantes mencionadas.

El uso de los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento vía internet, es fundamental ya que el hecho de que se planteen metas y objetivos específicos desde el inicio, el uso de autoregistros diarios y semanales, psicoeducación, técnicas específicas de cambio comportamental y pequeñas tareas para casa; propician un ambiente de comunicación constante entre el terapeuta y el paciente, lo que conlleva a una mejor adherencia terapéutica.

Así como se ha encontrado dentro de las distintas investigaciones hechas en diferentes partes del mundo, las herramientas tecnológicas son en este momento fundamentales de incorporar en los diversos tratamientos. Los resultados

obtenidos a través de la intervención que se realizó son favorables y coinciden con los que ya otros investigadores han reportado como eficaces, por ejemplo, el estudio de Clake (2002), De la Rosa (2007), Fletes et al (2006), Frías (2010), Gallego (2007), Moreno (2009) y Turner (2005). Los cuales reportan haber tenido mejoría en intervenciones terapéuticas a través de internet, con distintas herramientas tecnológicas y con un enfoque cognitivo conductual.

Dentro de la intervención terapéutica que aquí se reporta se pueden explicar ciertos fenómenos que suceden en algunos otros ámbitos de la psicología, por ejemplo, que la adherencia terapéutica es fundamental para la mejora del paciente, como lo menciona Walter (2008) es indispensable la ayuda que el paciente ofrece para alcanzar las metas del tratamiento. En la intervención que se realizó se puede observar que cuando el tratamiento no es lo que espera el paciente puede desertar del tratamiento, sobre todo si la modalidad o las expectativas iniciales eran diferentes a la real.

Una variable importante es a la que se refiere Beck (2007) quién menciona que hay muchos pacientes a quienes quizá no les importe el trato del terapeuta, pero hay muchos otros que no utilizarán nuevas estrategias para cambiar sus cogniciones y conductas a menos que el aprendizaje de estas, se dé en un ambiente de una relación empática y favorable, por lo que se tiene que seguir investigando las variables que están influyendo en el abandono del tratamiento, tomando en cuenta desde la modalidad, hasta las condiciones medio ambientales que dependen del paciente como las mencionadas por la ISMHO (2000).

Durante los tratamientos que se brindaron en la realización de las prácticas profesionales se trató de apegarse al código ético del psicólogo, brindándoles a las participantes la confidencialidad y seguridad de los datos proporcionados, así como el resguardo de la información facilitada durante las sesiones, para esto se les dio a conocer un formato de consentimiento informado (anexo 1) en donde se

les explica el manejo de la información y datos personales. Lo anterior tomando en cuenta las pautas desarrolladas por la NBCC (2005) y la ISMHO (2000).

También hay que rescatar las ventajas que se mencionan de la PVI, porque para las participantes fue de gran ayuda el tipo de modalidad, ya que dos de ellas vivían en algún estado del interior de la república, por lo cual les fue muy cómodo recibir un tratamiento desde su lugar de residencia, en horarios en los que a veces por sus actividades cotidianas no hubiesen podido asistir a una modalidad presencial.

Los comentarios de las participantes al finalizar el tratamientos fueron satisfactorios, ya que mencionaban que les había sido de mucha utilidad el tratamiento para contrarrestar los síntomas mencionados en un inicio, y que las habilidades aprendidas les seguirían ayudando para enfrentar otro tipo de problemas en su vida cotidiana.

## 6. Conclusiones.

Las prácticas profesionales en psicología clínica, son importantes para el desarrollo de nuevas habilidades en los estudiantes y la práctica de los conocimientos adquiridos a través de la carrera, lo cual garantiza un servicio eficiente y de calidad. Además son una fuente importante de investigación en el campo de aplicación de las nuevas tecnologías en los tratamientos psicológicos.

Además de la práctica, la capacitación es otro de los requisitos fundamentales para la aplicación de las técnicas y herramientas aprendidas de la psicología, que se complementan y fortalecen con la supervisión de casos, la cual es un requisito indispensable para cualquier psicólogo, más aun cuando se está iniciando en la práctica clínica.

Como en la mayoría de las disciplinas ha sucedido en su momento, en sus inicios se le ha tachado a la PVI de poco ética y sin fundamentos teóricos, sin embargo, como ya ha pasado en otros ámbitos, finalmente se termina por aceptar las innovaciones tecnológicas y perfeccionarlas, de tal manera que se vuelven indispensables en la vida cotidiana.

La PVI es una buena herramienta que se está desarrollando y tratando de perfeccionar, para que pueda ser una modalidad de tratamiento comparable con la terapia presencial, la cual hasta el momento es la más aceptada por las personas que acuden a un psicólogo. Por lo tanto será importante que se tomen en cuenta las recomendaciones hechas por la ISMHO (2000), la NBCC (2005) y Draft code IHC (1999), para mejorar y regular los servicios psicológicos que se ofrece actualmente en línea.

Será importante tanto para México, como para otros países hacer hincapié no solo en los tratamientos para la depresión, sino también en tomar medidas de prevención ante estos trastornos, ya que según las cifras que se mencionaron de la OMS (2007) los trastornos psicológicos están creciendo de manera significativa.



Aunque la PVI aun es bastante joven, es importante seguir aplicándola para su mejora y crecimiento. Por el momento se han encontrado excelentes resultados en la aplicación de las nuevas tecnologías, las cuales finalmente facilitan la vida del ser humano y propician el desarrollo tecnológico e investigación en muchos sentidos.

Puedo concluir que los objetivos mencionados al inicio se cumplieron dado que se mostró la aplicación de lo que se aprendió a través de la puesta en práctica de las habilidades, conocimientos y competencias clínicas adquiridas en el LEVYC, a través de la capacitación.

Además de que se pudo demostrar con resultados empíricos la eficacia de la PVI con un enfoque cognitivo conductual, para la depresión leve y moderada.

Algunas de las limitaciones que aun podemos encontrar en los tratamientos a distancia, es que existen personas que no se adaptan al medio debido a que no están muy familiarizadas con las tecnologías, que por el momento no se atienden trastornos severos, la desconfianza de las personas en la innovación, entre otros.

Una variable a tomar en cuenta es la deserción en los tratamientos vía internet, ya que la mayoría de participantes asignados fueron dados de baja; considero que la razón fundamental es la expectativa que tenia la mayoría de recibir un tratamiento presencial y al mencionarles que su tratamiento sería vía internet, al menos los canalizados del Centro de Servicios Psicológicos se dieron de baja.

Considero que también es importante mencionar que este fenómeno no solo es parte de la PVI si no también se da en las terapias presenciales, ya que existe una deserción importante de los pacientes que llegan a un consultorio a solicitar el servicio, y no concluyen el tratamiento, por lo que se recomienda sea una de las variables a tomar en cuenta en otras investigaciones similares.

Se recomienda que para futuras investigaciones se tome en cuenta factores como las habilidades para comunicarse a través de internet, la preferencia de un servicio

a distancia y las expectativas de un tratamiento psicológico a distancia, porque son factores que pueden ayudar a que existan menos deserción en los tratamientos, mayor adherencia terapéutica y sobre todo mejoría en los usuarios.

La PVI no pretende sustituir a la terapia presencial, sin embargo es una buena herramienta dentro de la psicología clínica en el tratamiento de distintos trastornos, como la depresión en este caso.

También es importante mencionar que el programa de *“Psicoterapia Vía Internet: una alternativa para la formación profesional en psicología Clínica”* es esencial para las investigaciones en psicología clínica como una nueva modalidad de tratamiento que se está implementando en México.

En general se puede concluir que el uso de las TIC’s en la psicología es fundamental, ya sea en las sesiones presenciales o a distancia, lo que ayudará a tener nuevas líneas de investigación.

## Referencias

- Acuña, C. y Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: amenazas y perspectivas. Recuperado el 15 de Enero de 2011 de: <http://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
- American Psychiatric Association, (2000). DSM-IV-TR. Barcelona. Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona. Editorial Masson.
- Azcorra, A., Barbados, C. y Soto, I. (2001). Informe sobre el estado de la teleeducación en España. Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: <http://tecnologiaedu.us.es/nweb/htm/pdf/red12.pdf>
- Baringoltz, S. y Levy, R. (2007). Terapia cognitiva: del dicho al hecho. Buenos Aires. Editorial Polemos.
- Bautista, A., Rodríguez, R. y Rodríguez, L. (2001). Epidemiología de la depresión en México. Instituto mexicano del seguro social. Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2001/sem39/depre39.PDF>
- Beck A. y Shaw B. (1981) Enfoques cognitivos de la Depresión. En A. Ellis y R.Grieger (Eds.) Manual de Terapia Racional Emotiva. Bilbao. Editorial Descleé de Brouwer.
- Beck, A. (1986). Beck anxiety inventory. España. La validación de la versión en español del BAI para población mexicana la llevó a cabo por Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Paéz, F. (2001).
- Beck, A. (1988). Beck depression inventory. España. La validación de la versión en español del BDI para población mexicana la llevó a cabo por Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998)

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Editorial Gedisa. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora M. y Lozano, R., (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: [http://www.insp.mx/rsp/files/File/2005/47\\_s1%20prevalencia.pdf](http://www.insp.mx/rsp/files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf)
- Bermejo, M. (2001). Eficacia y aplicación de la terapia cognitivo-conductual vía internet. Recuperado el 10 de abril de 2009 de: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Escala de Autoevaluación de la mejoría*. México.
- Botella, C., Baños, R., García, P., Quero, S., Guillén, V. y José, M. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. Recuperado el 10 de abril de 2009 de: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Bourne, E. (2001) *The anxiety & phobia workbook*. Third Edition. EU: New Harbinger Publications, INC.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España. Editorial Siglo XXI.
- Caballo, V. y Salazar, I. (2005). *Inventario de Exploración Clínica*. España. Editorial Siglo XXI.
- Cabelli, C. y Waizmann, V. (2006). Peculiaridades de los dispositivos terapéuticos mediados por Internet. Recuperado el 12 de abril del 2009 de: <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=13&IdArticulo=1>

- Cárdenas, G. y Serrano, B. (2007). Internet: una alternativa para la formación de habilidades clínicas y de terapia a distancia, en Cárdenas, G., Vite, A. y Villanueva, L. (2007). Ambientes virtuales para la educación y rehabilitación psicológica. México, D.F.: UNAM
- Cárdenas, G., Flores, L., De la rosa, A. y Serrano, B. (2010). Psicoterapia Vía internet: una modalidad a distancia. México, D.F.: UNAM.
- Chinchilla, (2008). La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos. Madrid, España. Editorial Medica panamericana.
- Clake, G., Reid, E., Donna, E., O'Connor, E., Lynn, D., Kelleher, C., Lynch, F. y Sonia, N. (2002). Recuperado el 10 de Marzo de 2011 de: <http://www.jmir.org/2002/3/e14/>
- De la Rosa, A., (2007). Resultado de la intervención psicoterapéutica vía internet para pacientes con trastornos de ansiedad. Reporte de servicio social de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fletes, I., Sanchez, B., Quesada, M., Carreras, J., Maldonado, B. y Sanchez, L. (2006). Nuevos tratamientos psicológicos en tabaquismo: las intervenciones a distancia. Psicooncología. Vol. 3.
- Frias, A. (2010). Manual de intervención en crisis vía internet. Informe de prácticas profesionales de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gallego, P. (2007). Un estudio controlado que compara un tratamiento auto administrado vía internet para el miedo a hablar en público vs. El mismo tratamiento administrado por el terapeuta. Recuperado el 12 de abril de 2009 de <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=24949001->
- Gómez, A. y Martinez, C. (2001). Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: [http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/ciberhabitat/hospital/textos/texto\\_tesalud.htm](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/ciberhabitat/hospital/textos/texto_tesalud.htm)

- INEGI (2009). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de las Tecnologías de la Información en los Hogares. Recuperado el 20 enero de 2011 de: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endutih/ENDUTIH\\_2009.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endutih/ENDUTIH_2009.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Disponibilidad de uso de las tecnologías de la información 2008. Recuperado el 02 de abril del 2009 de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2008/septiembre/comunica.pdf>
- Jiménez, Q. (1999). Teleeducación: Una experiencia en la docencia de la dirección estratégica. Universidad de Málaga. España. Publicaciones Universidad de Malaga.
- Kassinove, H. y Berger, A. (1982). Inventario de Creencias Personales. Estados unidos de América.
- Moreno, F. (2009). Evaluación de una intervención en el entrenamiento de habilidades sociales vía internet. Informe de prácticas profesionales de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Nezu, A. (2003). Formulación del caso. México. Editorial Manual moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2005). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México. Editorial Manual moderno.
- Ojanguren, S. (2007). Las redes de la depresión. Recuperado el 17 de Enero de 2011 de: <http://www.eluniversal.com.mx>
- Olivares, J. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Editorial Piramide.
- Patoni, R., (2003). Psicoterapia vía internet, su práctica, regulación e investigación: el caso del tabaquismo. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Puente S, (1984), Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México. México.

- Real Academia Española. (2001). Disquisición. En *Diccionario de la lengua española* (22.ªed.). Recuperado el 17 de Marzo de 2011 de: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=tele](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=tele)
- Reidl, L. (2002). Inventario de autoestima. México
- Rojtenberg, S. (2006). Depresión: una introducción a su estudio. En S. Rojtenberg, *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurociencias y terapéuticas* (pág. 536). Buenos Aires. Editorial Polemos.
- Sabtibañez, F., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, G., Iribarra, C. y Müller, V., (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Ter Psicol*, Santiago, v. 26, n. 1, 2008. Recuperado el 12 de abril de 2009 de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&nrm=iso)
- Sánchez, J., Riveros, A. y Andrew, M. (2007). Inventario de Calidad de Vida y Salud. México.
- Sanderson, W. Beck, A. y McGinn, L. (2002). La terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad generalizada: Significado de los trastornos de la personalidad comórbido. España.
- Sociedad Nacional para la Salud Mental en Línea, (2000). Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de: <http://www.ismho.org/suggestions.asp>
- Suler, J. (2001b). The future of on-line psychotherapy and clinical work. Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: <http://www.rider.edu/~suler/psyber/futurether.html>
- Trujillo, A. (2005). Nuevas tecnologías y psicología. Una perspectiva actual. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*. Vol. 23, número 3, págs. 321-335

- Turner, S. (2005). Recruitment and Retention Issues Between Online and Face-To-Face Smoking-Cessation. Treatment in the Workplace. Recuperado el 15 de Enero de: <http://www.zurinstitute.com/ethicsoftelehealth.html>
- Valderrama, P. (2009). Motivación y emoción I (apuntes). México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología: Licenciatura en psicología.
- Vargas, J. e Ibáñez, E. (1998). Aplicación de la Terapia Racional Emotiva y del Entrenamiento Asertivo a un Caso de Depresión. *Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Vol. 1 No. 1*
- Vayrada, D. & Domenech A. (2007). Psicología e Internet. Barcelona.
- Voz Pro Salud Mental, (2009). Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009\\_525.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_525.html)
- Wallace, P. (2001). La psicología de Internet. Barcelona.
- Walter, R. (2008). Terapia Cognitiva. Editorial Paidós. Madrid, España.

## Anexo 1

Proyecto PAPIME EN300104

*"Psicoterapia en Línea: una propuesta de formación profesional"*



### FORMATO DE CONSENTIMIENTO

YO \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto PAPIME EN300104, Psicoterapia en Línea: Una Propuesta de formación Profesional. Para el estudio y tratamiento de problemas psicológicos que está siendo dirigido por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El tipo de tratamiento que recibiré, el propósito de la evaluación, los procedimientos a seguir y los posibles riesgos me han sido explicados por:

\_\_\_\_\_  
(Nombre completo del terapeuta)

Entiendo que:

1. El propósito de este proyecto es investigar la efectividad de la Psicoterapia Vía Internet como alternativa de formación profesional y modalidad de tratamiento breve, a fin de resolver problemas de índole psicológico tales como trastornos de ansiedad, depresión, etc.
2. Seré asignado a alguno de los diferentes grupos de tratamiento. Esta asignación será de acuerdo al motivo de consulta. Además entiendo que el tipo de terapia que recibiré será cognitivo-conductual, mientras dure el seguimiento y a pesar de que haya terminado la etapa formal de tratamiento, tengo entendido que puedo contactar a mi terapeuta, de acuerdo a los horarios establecidos de las sesiones vía chat, así como de las sesiones vía e-mail para discutir mi problema, solicitar tratamiento adicional, recordatorios, retroalimentación, etc.
3. El tratamiento que recibiré consistirá en contactos vía Internet en sesiones a través del chat y e-mail. Al final de las sesiones seré requerido para llenar algunos cuestionarios; esta tarea tomará un tiempo adicional de 20 a 30 minutos. Como parte del programa, leeré breves ensayos y haré tareas relacionadas con las lecturas asignadas. También

mantendré registros diarios solicitados por mi terapeuta. Estas lecturas y tareas son parte de mi tratamiento.

4. Las sesiones de tratamiento pueden ser grabadas en audio, video y texto. A estas grabaciones sólo tendrá acceso mi terapeuta o su supervisor a fin de monitorear la calidad y consistencia del tratamiento. Las grabaciones serán borradas tan pronto como hayan sido revisadas, y a más tardar, en un período de 3 meses después de mi participación en el proyecto.
5. Si mi terapeuta o su supervisor lo considera necesario, seré canalizado a terapia presencial, con fines de progreso en mi tratamiento.
6. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre, alguna otra información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.
7. Los resultados de este estudio serán reportados de tal manera que no habrá forma de que se me identifique. Los reportes publicados se referirán a datos grupales.
8. Durante este estudio me puedo rehusar a contestar cualquier pregunta que me sea hecha, o negarme a participar en procedimientos específicos que se me soliciten. Si mi negativa provoca que mi participación sea considerada sin interés o valor científico, entonces mi participación puede ser cancelada y me será ofrecida una alternativa de tratamiento.
9. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta y mi evaluador de la Facultad de Psicología de la UNAM, se pongan en contacto conmigo después de la terminación de este estudio y durante un año. Entiendo que hay 3 seguimientos que están programadas durante este periodo: 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior y se me preguntará acerca de la problemática que traté en psicoterapia o las conductas relacionadas con mi tratamiento. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la evaluación inicial.
10. Estoy de acuerdo en acudir puntualmente a mis sesiones de terapia con una tolerancia de 15 minutos como máximo, así como avisar con por lo menos 24 horas de anticipación si me ausentaré a la sesión. Entiendo que después de tres faltas injustificadas o de inconsistencia en el tratamiento estaré dado de baja de este proyecto.

“Esta forma de consentimiento fue leída por (nombre completo del paciente):  
\_\_\_\_\_ quien me informó que  
entendió y tomó en cuenta cada uno de los puntos. Confirmo que este estudio será conducido de  
acuerdo a las condiciones y procedimientos que se fijaron anteriormente”.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_, 20\_\_.