



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

Informe de titulación por prácticas profesionales

***Evaluación de la efectividad de un
Programa de Intervención Vía Internet en
pacientes con Ansiedad y Depresión***

Para obtener el grado de Licenciada en Psicología presenta:

Ana Lorena Ramírez Aguilar

Directora de Informe
Dra. Georgina Cárdenas López

Revisora
Dra. Mariana Gutiérrez Lara

México, D. F., Ciudad Universitaria


FACULTAD DE
PSICOLOGÍA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.160
2013

M-

Trs.

DEDICATORIAS

Este trabajo es con todo mi amor y cariño para:

Araceli por todo tu apoyo, por ser para mí esa consejera, doctora, enfermera, abogada, etc. son tantas las profesiones que realizas en mi vida que un gracias no basta para mostrarte toda la gratitud, amor y orgullo que siento hacia ti, Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

Héctor, por los ejemplos de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me has infundado siempre, por el valor que muestras para salir adelante y por tu amor gracias papá.

Eduardo y por ser mi cómplice en travesuras, por ser mi ejemplo a seguir, por todos esos momentos en que has estado a mi lado cuando más lo necesito, incluso cuando yo no soy capaz de aceptar ayuda gracias Lalo

Laura, por tu apoyo, por tu escucha, por ser parte de mí y por todos los momentos que hemos vivido, gracias Naney

Jazmín, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo, por todos esos grandiosos momentos juntas, pero sobre todo por los momentos más difíciles, por ser mi incondicional y mi cómplice, es un privilegio compartir la vida a tu lado

César y Fernando por todo lo que he aprendido de ustedes, por sus juegos, su amor, su ternura y por ser una gran alegría en mi vida, los quiero muchísimo enano.

Teresa, por tu apoyo, por estar junto a mi hermano en las buenas y las malas, por darme 2 sobrinos maravillosos.

Marcela, Abue gracias por ese ejemplo de lucha y entrega, siempre serás mi modelo.

AGRADECIMIENTOS

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este trayecto.

La Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme la oportunidad de estar en ella desde el CCH donde aprendí a ser yo misma, en la Facultad de Psicología la cual me acogió a lo largo de mi formación como profesionista, por hacerme poseedora de conocimientos, habilidades, actitudes, valores académicos y humanos, por la oportunidad y el gran privilegio de pertenecer a la máxima casa de estudios.

Al Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología por ser el escenario de mi práctica profesional, por mostrarme y guiarme a la investigación y permitirme aprender junto a otros excelentes profesionales.

La Dra. Georgina Cárdenas por convertirse en una guía, por su forma de impulsarme para lograr mis metas, por compartirme su valiosa experiencia y por hacerme sentir su apoyo de forma incondicional

La Dra. Mariana Gutiérrez por sus consejos a lo largo de este proyecto, por su interés y disposición, por apoyarme y guiarme

Mis sinodales el Dr. Samuel Jurado, la Lic. Anabel de la Rosa, la Lic. Lorena flores por sus consejos y orientación en la elaboración de este proyecto. Por brindarme su tiempo y experiencia.

Todos los miembros del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología: Aline, Óscar, Paola, Cynthia, Jorge, Alicia, Vanessa, Israel, Lorena, Anabel, Jessica etc. por su trabajo y colaboración, por permitirme formar parte de un equipo tan valioso y humano del que he aprendido tanto.

Ximena, gracias por tu amistad, por todas esas verdades de vida y por tu apoyo, gracias monstruo

Mis tíos y primos por su apoyo incondicional, por aceptar mi forma de ver y vivir la vida, soy muy dichosa por tener la familia que se me ha otorgado gracias a todos ustedes por formar parte de mi historia, por sus ejemplos, por su confianza, espero que estas breves palabras sirvan de mención para todos.

Mis amigos por estar a mi lado, por soportarme, por ser esa otra familia que tengo, gracias por caminar junto a mi desde donde estén y hacia donde vallan.

Felipe Feregrino, Mario García y todos lo que conforman La Última Defensa: por enseñarme eso que no viene en los libros: el respeto, la disciplina, la constancia y que el esfuerzo es otra forma de amor, gracias maestros

Mis profesores, porque es de ustedes de quienes he aprendido, de sus ejemplos y de sus historias de vida, gracias a todos mis maestros por su paciencia y su interés

*"El objetivo principal de la educación es crear personas capaces de hacer cosas nuevas y no simplemente repetir lo que otras generaciones hicieron".
Jean Piaget.*

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 1. RESUMEN | 5 |
| 1.1 ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA | 7 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN | 8 |
| 1.3 OBJETIVOS | 10 |
| 2. ANTECEDENTES | 11 |
| 2.1 ANTECEDENTES CONTEXTUALES DE LEVYC | 12 |
| 2.2 ANTECEDENTES EN PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 12 |
| 2.3 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL | 17 |
| 2.4 TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN MODALIDADES VÍA INTERNET | 18 |
| 2.5 ALIANZA TERAPÉUTICA | 22 |
| 2.6 HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 24 |
| 2.7 CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA EN PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 26 |
| 2.8 TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 27 |
| 2.9 ANSIEDAD | 27 |
| 2.9.1 <i>Etiología de los trastornos por ansiedad</i> | 29 |
| 2.9.2 <i>Epidemiología de los trastornos por Ansiedad</i> | 31 |
| 2.10 DEPRESIÓN | 32 |
| 2.10.1 <i>Etiología de los trastornos por depresión</i> | 33 |
| 2.10.2 <i>Epidemiología de los trastornos por Depresión</i> | 34 |
| 2.11 CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LOS SERVICIOS DE PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 35 |
| 3. EXPERIENCIAS SIMILARES | 38 |
| 3.1 CANDIDATOS FACTIBLES PARA TOMAR PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 41 |
| 3.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PSICOTERAPIA VÍA INTERNET | 42 |
| 4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN | 46 |
| 4.1 OBJETIVOS | 47 |
| 4.2 POBLACIÓN DESTINATARIA | 48 |
| 4.3 ESPACIO DE TRABAJO | 48 |
| 4.4 ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO | 49 |
| 4.5 ACTIVIDADES PRIMORDIALES CONTEMPLADAS EN EL PROGRAMA | 51 |
| 4.6 MATERIALES E INSTRUMENTOS UTILIZADOS | 52 |
| 4.7 ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN | 54 |
| 5. RESULTADOS | 55 |
| 5.1 PARTICIPANTE A | 57 |
| 5.2 PARTICIPANTE B | 68 |
| 5.3 PARTICIPANTE C | 79 |
| 5.4 PARTICIPANTE D | 89 |
| 5.5 COMPARACIÓN DE LAS PARTICIPANTES A, B, C Y D | 99 |
| 6. DISCUSIÓN | 104 |
| 7. CONCLUSIONES | 108 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 114 |
| 9. ANEXOS | 123 |

1. Resumen

El presente informe de prácticas profesionales se realizó en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, dentro del programa de formación profesional: *"Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica"*. El objetivo principal del informe corresponde a los resultados obtenidos durante la intervención psicológica vía internet con participantes canalizados del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila", con diagnóstico de ansiedad y depresión.

En este informe se abordan los antecedentes de la Psicoterapia Vía Internet, características de este tipo de tratamiento, las investigaciones que son antecedentes en el uso de las nuevas tecnologías para proporcionar servicios de salud mental y su aplicación con población mexicana. El tratamiento otorgado a los participantes se fundamentó en el modelo terapéutico Cognitivo-Conductual. La muestra estuvo conformada por 4 participantes del sexo femenino, con edades que oscilan entre los 20 y 50 años de edad. Como medio de contacto se utilizaron el chat y la videoconferencia a través de Internet. Se evaluaron medidas clínicas tales como el nivel de ansiedad, depresión y calidad de vida en tres momentos de la intervención, pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a 3 meses después de concluir el tratamiento. Finalmente se evaluó el nivel de satisfacción del usuario.

Los resultados de la intervención muestran una disminución en los niveles de ansiedad y depresión de las participantes evaluadas, también se obtuvieron niveles de más del 80% de satisfacción de usuario y mejoría en el nivel de calidad de vida, en las mediciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a 3 meses.

Palabras clave: Psicoterapia Vía Internet, Depresión, Ansiedad, Tratamiento Cognitivo- Conductual, Evaluación.

1.1 Abordaje de la problemática.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, 2003) menciona que los trastornos más frecuentes en la población mexicana fueron los de ansiedad (14.3%). Se estima que 1 de cada 10 mexicanos presentan ansiedad, seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Por otra parte, se ha observado que los hombres presentan una prevalencia más altas; de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4%), es clara la necesidad de alternativas psicoterapeutas para la población mexicana con respecto al tratamiento de los trastornos de ansiedad, a los trastornos por uso de sustancias y de los trastornos afectivos.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) en los resultados de 2010 la cantidad de hogares en México con computadora, es del 29.8 por ciento de la población total; con respecto a 2001 se encontró que incremento en un 11.8 por ciento el número de personas que tienen computadora en casa. Actualmente el 22.2 por ciento de la población tienen acceso a internet desde sus casas, lo que indica que "La utilización de las nuevas tecnologías ha crecido de forma exponencial en los últimos años con esta iniciativa se pretende promocionar el desarrollo y la utilización de las nuevas tecnologías en todos los ámbitos de nuestra vida" (Baños, 2007. pp. 32).

El progreso de la comunicación entre personas mediante el Internet, así como el impacto de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han influenciado a la psicología dando como origen una alternativa más de tratamiento, la Psicoterapia Vía Internet, que junto con opciones como la terapia con realidad virtual, la telepsicología, la telemedicina, etc., son una de las muchas herramientas que ofrece el avance tecnológico al campo de la salud. Tomando en cuenta que la atención en salud mental implica la interacción entre los individuos y como Oravec. (2000) menciona "Como muchas personas pasan cada vez más tiempo interactuando con otros en línea, las actividades de asesoramiento en Internet y otras formas de redes de computadoras son cada vez más populares". Es así como una nueva forma de

otorgar tratamiento psicoterapéutico se origina, la Psicoterapia Vía Internet, como menciona Martínez (2005 pp 55)..."ignorar esta psicología vinculada a las TIC es obviar un desafío inmenso para nuestro mundo cada vez más globalizado, la manifestación de la subjetividad expresada en los entornos virtuales y la Ciberpsicología, sus ventajas y riesgos, aportando herramientas teóricas relacionadas con aplicaciones de la telesalud en el campo psicológico".

A partir de estas ideas, se piensa en la posibilidad de aplicar esos conocimientos en el ámbito terapéutico.

La psicoterapia consiste en un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza los medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional (Feixas, 1993). Actualmente la Psicoterapia Vía Internet, es definida por Cutter (1996) como aquella en la que interviene un profesional titulado y entrenado en salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta), intercambiando mensajes (no visibles para el resto de la red) con un paciente sobre una base sistemática, con o sin honorarios. Suler (2000) agrega a esta definición que el entorno psicoterapéutico se ve mediado por una comunicación a través de la computadora.

1.2 Justificación.

La Facultad de Psicología de la UNAM ofreció como una alternativa de titulación la opción de titulación por Informe de Prácticas que consiste en la presentación fundamentada, sistematizada y reflexiva de las actividades realizadas por el estudiante durante su participación en el Programa de Formación en la Práctica, en este caso se realizó en el programa "Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", dicha presentación es plasmada en un informe escrito que deberá ser asesorado y retroalimentado durante su proceso de elaboración por el Director del Informe de Prácticas. Este Informe estará fundamentado teórica y

metodológicamente bajo los lineamientos de la práctica profesional.

La función principal de el programa "Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica" es entrenar a estudiantes de los últimos semestres de la facultad de Psicología para que sean capaces de proporcionar tratamiento psicológico a través de un escenario controlado a población real (en este caso pacientes con depresión y ansiedad a través del uso del internet). Acreditando previamente una capacitación para desarrollar competencias y herramientas precisas que son esenciales dentro del trabajo terapéutico con pacientes.

Dentro de este espacio profesional y debido a la elevada demanda de atención por parte de usuarios del Centro de Servicios Psicológicos (SCP) surge como necesidad la creación de una alternativa de tratamiento que minimice costos, distancia y que disminuya el tiempo que se lleva el participante en completar un tratamiento psicológico, el programa "Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica" cubre dichas demandas brindando esta opción de tratamiento a la población solicitante de atención psicológica.

Dicho programa comprende un periodo de 3 semestres que se divide en 2 etapas, la primera etapa tiene una duración de un semestre y abarca la parte teórica que consiste en entrenamiento terapéutico bajo los rubros de trastornos de depresión y de ansiedad, desde su definición operacional, criterios diagnósticos de acuerdo a los manuales de corte internacional hasta las técnicas y herramientas cognitivo-conductuales aplicadas a la Psicoterapia vía internet. La segunda etapa ocupa un lapso de 2 semestres con trabajo teórico-práctico bajo la supervisión de terapeutas expertos en la atención psicológica a distancia. En el cual se trabajara con pacientes, utilizando las herramientas aprendidas en el entrenamiento terapéutico y a lo largo del desarrollo profesional.

1.3 Objetivos

Es posible dividir los objetivos generales en 4 rubros:

- El primero es otorgar servicios terapéuticos a distancia para tratar trastornos de Ansiedad y Depresión mediante la capacitación de estudiantes en Psicoterapia Vía Internet
- Un segundo objetivo es brindar a estudiantes las herramientas y elementos necesarios para ofrecer atención terapéutica a pacientes a través de internet.
- El tercer objetivo es demostrar con evidencia experimental que el tratamiento dado a los pacientes con Psicoterapia Vía Internet puede arrojar resultados similares a un tratamiento de forma presencial, mediante evidencias estadísticas y así tener un tratamiento útil para los pacientes que acceden a esta modalidad obteniendo resultados a corto, mediano y largo plazo.
- Finalmente la titulación por medio de prácticas profesionales se convierte en uno de los objetivos principales del estudiante que ingresa al programa ya que, al obtener la experiencia profesional que le brinda el trabajo en el escenario real, también sirve de motivador para enfocarse tanto a la investigación como al trabajo en escenarios reales.

2. Antecedentes

2.1 Antecedentes contextuales de LEVYC

El Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVYC) se fundó el 23 de abril del 2001 como una unidad de enseñanza y servicio de la Facultad de Psicología de la UNAM a cargo de la Doctora Ma. Georgina Cárdenas López. La investigación que se planteó como propósito fundamental fue obtener una mayor comprensión sobre aspectos centrales del aprendizaje basado en tecnologías de información y comunicación y su impacto en la enseñanza universitaria, bajo un enfoque de colaboración interdisciplinaria. Los avances del desarrollo tecnológico han permitido contar con más y mejores técnicas para generar aplicaciones novedosas y flexibles en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en la educación a distancia.

Asimismo, la incorporación de las tecnologías informáticas en el área de la salud mental y rehabilitación es una realidad, en particular sus aplicaciones en Psicología son sorprendentes y se documentan como eficaces y útiles. Es por lo anterior, que a partir de 2004, el LEVYC amplió sus esfuerzos al desarrollo y evaluación de programas de telepsicología y Psicoterapia Vía Internet, así como al otorgamiento de servicios psicológicos con base en tecnologías de realidad virtual, la elaboración de tutoriales de enseñanza en trastornos de ansiedad y detección de violencia, (Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, 2009) surge así el proyecto de "*Psicoterapia Vía Internet: una alternativa de tratamiento*" que cuenta con 6 generaciones de terapeutas, éste programa se enfoca a tratar los padecimientos leves de trastornos ansiosos, adaptativos y depresivos.

2.2 Antecedentes en Psicoterapia Vía Internet

El Internet es una red a escala mundial de millones de computadoras interconectadas con el conjunto de protocolos que transmiten los datos. Se compone de millares de pequeñas redes comerciales, académicas, domésticas y gubernamentales. La World Wide Web (WWW) o Red informática mundial, es un sistema de información que se origina a mediados de la década anterior

(1995), algunos servicios aparte de la Web son: el acceso remoto a otras maquinas, trasferencia de archivos, correo electrónico, boletines electrónicos, conversaciones en línea, mensajera instantánea, transmisión de archivos, etc. (Collins, 2007).

El Internet se ha utilizado para las intervenciones psicoterapéuticas por más de una década. Varios términos se han utilizado para mostrar esta actividad profesional especial: e-therapy (o asesoría), la terapia en línea, terapia de Internet, y Ciberpsicología, y a veces se conoce como e- salud o telesalud, como parte de actividades más generales. (Shapira et. al, 2008).

Los servicios de salud mental, al igual que en otras áreas, se han beneficiado de los avances en las nuevas tecnologías en las áreas de información y comunicación. Desde hace algunos años se ha investigado y se ha publicado en la literatura, las nuevas aplicaciones de sistemas de tratamiento basados en las computadoras; desde la creación del Internet se ha visto avances e innovaciones en la formas de implementar un servicio de salud mental, por ésta razón siguen emergiendo nuevos aspectos para fortalecer y enriquecer dichos sistemas tecnológicos. Para hacerlos más simples y contar con aplicaciones más variadas a diversos problemas de salud (Cárdenas, et al, 2005).

La red mundial de personas vinculadas a través de una computadora ha dado lugar a relaciones humanas virtuales basadas en encuentros en salas de Chat, servicio de Messenger, grupos de interés, foros de discusión y correo electrónico. Si bien el uso de la Internet aun está limitado a un grupo minoritario en relación con la población general, no se puede negar la existencia de este nuevo universo virtual, el cual está definiendo nuevas maneras de relacionarse, nuevos tipos de sensibilidad, así como un espacio de encuentro válido para un número creciente de personas (Manrique, 2009).

Es debido a esta posibilidad que nace el empleo de estas nuevas tecnologías para otorgar a los usuarios una opción de conserjería por los que un número pequeño pero persistente de investigadores y clínicos han trabajado desde

principios de la década de los 60's para desarrollar y evaluar programas basándose en computadoras para ayudar en el diagnóstico, la captura de datos clínicos y para tomar decisiones de tratamiento (Cárdenas, et. al, 2007).

La manera en la que la sociedad ha encaminado su desarrollo, ha sido primordialmente a través del uso las tecnologías y estas a su vez han tenido un gran impacto en la vida de las personas, en todos los aspectos. Los principales elementos de la psicoterapia son en el cliente, el terapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico (Feixas, 1993). Conforme a lo anteriormente planteado vemos que, el uso de la tecnología surge como una variación del proceso terapéutico y éste a su vez representa una dificultad para definir la Psicoterapia Vía Internet, dado que la definición dependerá de la perspectiva o enfoque terapéutico

Los sistemas de Psicoterapia por computadora pueden ser cuidadosamente diseñados para evitar cualquier indicio de desaprobación y para fomentar la divulgación sin preocuparse por el tono de la voz del terapeuta y otras pistas contextuales. Marks (1999), encontró que los pacientes evaluados con sistemas computarizados perciben que resulta más fácil revelar información confidencial, en particular en temas como: alcohol y drogas, conducta sexual, factores de riesgo asociados al SIDA, hábitos alimentarios e ideas suicidas, a pesar de saber que sus respuestas serán vistas y analizadas por seres humanos.

La complejidad de las claves que afectan a la auto-revelación está claramente atestiguada por la forma en que algunas personas pueden ocultar sus problemas personales íntimos en una entrevista cara a cara, sin embargo, pueden mencionarlo por Internet ampliamente o en programas de radio y televisión, incluso algunas personas, por ejemplo, los exponen a un pasajero que recién conocieron en un avión que es poco probable puedan volver a ver y que no tiene conocidos en común (Marks. et al, 2007).

Uno de los antecedentes de la Psicoterapia a distancia es la terapia radiofónica, que, comenzó en los años 50s' con el doctor en psicología Joyce Brothers, quien empezó haciendo charlas de temas sexuales en la radio, sin embargo, no fue hasta los años setenta, cuando el psicólogo Toni Grant inicio con llamadas en vivo. Esta "terapia" por radio llegó a ser parte importante de la vida diaria americana, permitiendo a los radioescuchas conocer los dramas de la gente común (Zamichow, 1997, citado en Pergament, 1998).

Con la red de Internet una nueva modalidad de atención del cuidado de la salud ha surgido: la telesalud, término que se utiliza para referirse a todas las formas electrónicas del cuidado de la salud provista a través de Internet, ya sea con propósitos informacionales, educacionales o comerciales, ofrecidas por profesionales y no profesionales y que incluyen una amplia variedad de actividades clínicas (Martínez, 2005).

En el caso de México las primeras transmisiones de información sobre salud se realizaron en 1995 entre el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y un hospital de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, como prueba piloto que durante 4 meses lo cual permitió la evaluación de la tecnología utilizada y el ajuste de los niveles de calidad de audio, video y equipos periféricos. El instituto de seguridad y servicios sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) se considera líder latinoamericano en la materia y ha estructurado el Programa Nacional de Telesalud (Gómez y Martínez, 2001). La red instalada ha permitido la comunicación interactiva mediante un sistema de videoconferencia multimedia que incluye archivos clínicos tanto médico-médico como médico-paciente, facilitando de esta manera la atención de médicos especialistas allá en las unidades remotas, sin tener que trasladarse al paciente (Gómez y Martínez, 2001).

Hace algunos años, en los países desarrollados, la mayoría de los servicios de Psicoterapia Via Internet estaban basados en el intercambio de correos electrónicos. Estos servicios ofrecían breves respuestas para preguntas

relacionadas con la psicología clínica a cambio de una cuota o sin esta, sin evaluar, si el cliente no se veía beneficiado. (Patoni, 2003).

Actualmente las tecnologías de la comunicación en tiempo real en Internet, o Internet Relay Chat (I.R.C), son usadas para dar servicios terapéuticos, y así dejar a tras las limitaciones que traían las comunicaciones por correo electrónico, dando lugar a sostener un diálogo, aproximándonos a una libre asociación. El I.R.C es un popular servicio que puede servir para grupos de autoayuda, que conducen encuentros en línea usando el servicio de "chat rooms" (Patoni, 2003).

De lo anterior podemos ver que, los avances tecnológicos nos han abierto las puertas a un sin fin de posibilidades. En el caso de la psicología nos han proporcionado formas innovadoras de comunicación, que nos van a servir como una herramienta más, para facilitar el acceso de las personas a información sobre su salud mental.

Actualmente muchas personas tienen la posibilidad de ingresar a una intervención psicológica por la red de tipo sincrónico, tiempo real en Internet, o Internet Relay Chat (I. R. C y videoconferencias) o asincrónico (e-mail), dependiendo de su situación, distancia y tiempo. Esta puede ser gratuita o no, pagando a través de tarjeta de crédito o a través de depósito bancario, y el usuario podrá quedar en el anonimato o no (Cohen y Kerr, 1998).

La meta en la Psicoterapia Vía Internet es crear un escenario en el que cualquier persona puede contar con atención psicológica por Internet las 24 hrs en lugares asignados para esta. El psicólogo en on-line podrá tener acceso al historial médico del paciente, siempre y cuando lo permita y le proporcione su cuenta médica (King, 1998).

Podemos entonces hablar de la existencia de otra realidad, el ciberespacio, conformado por una red mundial de computadoras interconectadas, que ha dado lugar a nuevos y diversos tipos de vínculos y formas de comunicación interpersonales (Calvo, 2008). Encontrando entre algunos de ellos el Chat, que

se refiere a la comunicación escrita en tiempo sincrónico, la video-conferencia, entendida como la comunicación a través de audio y video sincrónica, comunicación por audio y la comunicación por medio de los correos electrónicos que se da de forma asincrónica; todas estas sirven de vías de comunicación entre el paciente y el terapeuta, depende del motivo de consulta, del nivel socioeconómico o del conocimiento computacional de ambos para lograr la más óptima calidad en comunicación.

2.3 Terapia Cognitivo-Conductual.

La terapia cognitivo conductual (TCC) tiene una gran aceptación actualmente para el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos ya que su gran efectividad y la permanencia de los resultados obtenidos mediante los procedimientos clínicos propician una opción viable de tratamientos que además son de corta duración, también la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, por este motivo la Organización Mundial de la salud (OMS) ha recomendado su uso (Barrett. 1998).

Este modelo surge en los años 60's y fue creado por el psicólogo Albert Ellis y el psiquiatra Aaron T. Beck ambos estadounidenses. Es un tipo de terapia breve, estructurada y colaborativa que se basa en pensamientos y emociones donde su objetivo es cambiar las cogniciones que afectan al paciente ya que son las responsables del estado de ánimo y la conducta, por cogniciones funcionales usando técnicas conductuales para la resolución de problemas (Shortt et, al. 2001)

Es decir, se enseña al paciente a identificar y evaluar pensamientos y emociones cuyo propósito es hacer este cambio siempre dirigido a resolver la queja del mismo y a proporcionar herramientas que permitan su independencia. Esta terapia está centrada en el aquí y el ahora y tiene un alto grado de efectividad además que establece una cuestión dinámica y de equipo donde la alianza terapeuta-paciente es básica por ser una terapia activa y

directiva y por lo tanto pone énfasis en la prevención.

Cabe señalar que esta terapia se basa en el aprendizaje y es una de las terapias más usadas en el mundo debido al alto grado de eficacia.

2.4 Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual en modalidades Vía Internet.

Khanna y Kendall (2008) encontraron en sus estudios preliminares que las versiones computarizadas de su tratamiento para la ansiedad en niños y jóvenes presenta resultados semejantes a los del protocolo cognitivo conductual en su aplicación usual, permitiendo a la versión informatizada reducir la cantidad de horas de prestación directa del terapeuta y facilitando la propagación del programa a contextos comunitarios distanciados de las clínicas especializadas. De forma similar Botella, y colaboradores (2006) reportan que los tratamientos computarizados para las fobias específicas en niños y adolescentes muestran resultados prometedores. De acuerdo a los autores, el uso de escenarios de realidad virtual constituye un importante paso intermedio entre el consultorio y la realidad cotidiana, presentándoseles de esta forma a los pacientes las técnicas de exposición de manera menos amenazante y con mayor rango de control.

Las técnicas Cognitivo-Conductuales se utilizan de modo eficaz para transformar emociones, pensamientos y conductas, el uso de esta técnica en la clínica es muy recurrente; sin embargo la saturación de consultorios, clínicas y centros de atención psicológica así como la expansión demográfica exigen que el tratamiento sea más eficaz y que cubra la gran demanda de los pacientes.

A diferencia de la terapia presencial en la terapia a distancia existen varias modalidades de comunicación. Una de estas es la comunicación en tiempo real (sincrónica) en donde el paciente y el terapeuta, se encuentran sentados en su computadora al mismo tiempo, interactuando en ese preciso momento.

Algunos ejemplos, son conversaciones de texto a través del Messenger, videoconferencias, llamadas en línea entre otras (Durán, 2009). En la otra modalidad, la comunicación asincrónica el terapeuta y el paciente no se encuentran sentados en su computadora al mismo tiempo. Esto significa que por lo regular, transcurre un período de tiempo entre las interacciones. Un ejemplo de encuentro asincrónico es el e-mail (Suler, 2000).

Estas nuevas tecnologías han experimentado un gran avance e inclusión en la vida cotidiana, poniéndose con rapidez al alcance de una gran mayoría de usuarios; PC, internet, PDA (asistente digital personal), etc. son cada vez mas empleadas en diversas actividades como la comunicación, el entretenimiento, la vida laboral, la gran utilidad y el provecho que se obtiene de estas nuevas tecnologías ha hecho que las sociedades incluyan de manera exponencial su uso.

Para el área clínica es también un recurso muy útil ya que se ajusta a técnicas como al cognitiva-conductual porque es posible realizar la misma metodología que se usa en las sesiones cara a cara.

La TCC es una aplicación de las herramientas propias del modelo, a un desorden particular, empleando para ellos distintas técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de información característicos de cada desorden, (Mahoney 1997) las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia son:

Tabla 1.- Técnicas usadas en el Psicoterapia Vía Internet

| Técnicas de cambios | Emocionales | Intelectuales | En estado de relajación |
|---------------------|---|--|--|
| Características | Reto de creencias mediante el manejo o la inducción de estados emocionales intensos | Reto de creencias con un estilo no emocional y frío de consideraciones impresionales, lógicas, científicas o filosóficas | Reto de creencias en un estado de relajación |
| Ejemplos | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Reestructuración cognitiva ☐ Control de emociones ☐ Ensayo de roles | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Psicoeducación o teleducación. ☐ Entrenamiento en resolución de problemas. ☐ Modelo A-B-C ☐ Desensibilización sistemática ☐ Entrenamiento en asertividad | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Entrenamiento en relajación Muscular progresiva de Jacobson ☐ Relajación autógena |

Psicoeducación: según menciona Nezu (1987) , es un aprendizaje desde el punto de vista científico acerca del trastorno que se padece, así como la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno, mejorando así su calidad de vida, se envía la información al paciente mediante videos, manuales, libros o sitios web, proporcionado retroalimentación para asegurar que fue comprendido; previo a mandar la información en un mail se explica al

paciente cual es la importancia de la misma se expone en qué consisten las técnicas de la terapia y el porqué le serán de beneficio en la misma.

Entrenamiento en relajación: su propósito es reducir los niveles de ansiedad y estrés, mejora la respiración, aumenta la concentración y optimiza el estado físico, relajación muscular progresiva de Jacobson, que consiste en tensar y luego relajar grupos específicos de músculos, mientras la persona está en una posición confortable autógena, que mediante la imaginación, se induce la sugestión de una sensación de calor y pesadez en el cuerpo (basada en la concentración pasiva de Schultz (Golfried, 1981).

Reestructuración cognitiva: técnica destinada a modificar la interpretación y valoración subjetiva, según Beck (1976) algunos de ellos son: distorsiones razonamiento emocional, pensamientos absolutistas dicotómicos, errores de interpretación, etc

Solución de Problemas :Nezu (1987), la define como el proceso metacognitivo por el cual el individuo comprende la naturaleza de los problemas y dirige sus intentos hacia la modificación, ya sea del carácter problemático de la situación o de sus reacciones a ésta.

La opción de la Psicoterapia Vía Internet la cual se basa en el modelo cognitivo-conductual, emplea tareas en casa que ayuda a los pacientes a desarrollar nuevas habilidades para el manejo de sus cogniciones, emociones y conductas interpersonales, se ha encontrado que los materiales impresos proporcionan retroalimentación al paciente sobre sus distorsiones cognitivas y sugiere maneras más realistas de pensamiento, Las tareas se pueden almacenar en la computadora, lo que permite al terapeuta proporcionar al paciente segmentos de la tarea (Cárdenas, 2007).

2.5 Alianza terapéutica.

El constructo alianza terapéutica tiene su origen en el modelo psicoanalítico de Freud (citado en *Andrade*, 2005), y a pesar de que él no utilizó ese concepto de forma rigurosa, dio a conocer que antes de que el terapeuta de al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la relación un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento y al analista el primer objetivo de la intervención. Posteriormente Sterba, (2005), menciona la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta en el logro de las distintas tareas terapéuticas.

Años más tarde Bordin (1979) definió la alianza terapéutica como un elemento relacional de carácter activo propio de las relaciones que pretenden inducir un cambio, incluyendo 3 componentes

1. El vínculo abarca una completa red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta
2. El acuerdo entre paciente y terapeuta acerca de que es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica
3. El mutuo consentimiento entre el paciente y el terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos

Puente (1984) definió la adherencia terapéutica como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Recientemente Corbella y Botella (2003) mencionan que la definición de Bordin (1979) logró que las principales escuelas psicoterapéuticas acuñaran este concepto ya que resulta común en todas ellas logrando que esta definición consiguiera adquirir un carácter histórico y trascendental. 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 el

terapeuta para manejar un padecimiento.

Una de las características de la alianza terapéutica más destacadas es el énfasis en que la colaboración y el consenso deben existir entre terapeuta y paciente, esto es lo que describe Hovarth y Bedi en su estudio (2002). Cabe mencionar que Martín (2006) describe que la deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas algunas de ellas son:

- Dificultades para iniciar el tratamiento
- Suspensión prematura o abandono
- Cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de una u otra herramienta propia del tratamiento)
- La inasistencia a consultas e interconsultas
- La ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento del trastorno y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación

De este modo, se observa que las dificultades en la adherencia terapéutica no se refieren sólo al consumo de medicamentos, pero este ocupa un lugar muy importante en el ámbito terapéutico, si se tiene en cuenta el tiempo y los recursos que se invierten en su producción así como en los estudios de su eficacia y seguridad.

Chrits-Christoph et al (2006), encontraron que "una parte relativamente grande de investigadores han establecido que la calidad de la alianza terapéutica en la psicoterapia se asocia con el resultado del tratamiento" (pág., 271), basados en la conclusión de que la alianza es un "predicador robusto" de resultado terapéutico. Por ejemplo, la mejora temprana puede ser una causa de la alianza y los resultados positivos reportados posterior, o una serie de factores interpersonales pueden estar involucrados, tales como la confianza o la comodidad con la intimidad, Crits-Christoph et al (2006 pág. 275).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes. La importancia del problema del incumplimiento del tratamientos se hace incuestionable si se analizan las consecuencias que éste tiene desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial, se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación terapeuta-paciente, con el uso de los recursos y los servicios con que se cuentan. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública actual, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países sin importar el nivel de desarrollo y de magnitud, sobre todo en las regiones menos desarrolladas.

Richards (2009) Menciona que la alianza en línea parece ser equivalente a la alianza cara a cara. Una cuestión fundamental sigue siendo si las variables de proceso mismas que son fuertes predictores de éxito en las intervenciones cara a cara, juegan el mismo papel de facilitación en línea

2.6 Herramientas utilizadas en Psicoterapia Vía Internet.

En el caso de la Psicoterapia Vía Internet Bermejo (1999) menciona como principales:

Correo electrónico: Los mensajes de correo electrónico se pueden destinar a:

- Sustituir la entrevista terapéutica cara-a-cara.
- Motivar al paciente a seguir con el tratamiento.
- Responder a todas sus dudas y cuestiones (información).
- Preguntar continuamente sobre su evolución y el ritmo de realización de sus tareas, reforzando en lo posible su seguimiento de instrucciones a distancia. Es decir hacer un monitoreo.

- Inserción de instrucciones directas y personalizadas de realización de actividades y tareas para superar su trastorno.
- Reestructuración cognitiva de algunas ideas distorsionadas.
- Mantener en lo posible una empática relación terapéutica.

Grupos de terapia en línea Suler (2000) menciona:

- El paciente puede encontrar con mayor facilidad a muchas personas por Internet que tuvieron o tienen el mismo problema (por ejemplo alcohólicos anónimos) que en una búsqueda personal y hasta con el psicólogo, sin importar el país, dejando a un lado su sentimiento de soledad y por lo tanto tener mayor apoyo psicológico.
- La comunicación puede ser asincrónica como los foros o sincrónica por medio de un chat dirigido por un terapeuta.
- Una de las ventajas de los grupos de terapia online frente al mundo real, es que la gente con problemáticas similares pueden encontrarse fácilmente y formar grupos de terapia. La distancia geográfica no representa problema, y desaparecen los límites geográficos.
- El poder estar en el grupo con personas de otros países permite ver que el problema no es exclusivo de la persona, sino que éste puede ser universal

Para las Videoconferencias Suler (2000) argumenta que, aunque la videoconferencia no provee el mismo nivel de intimidad experimentada por personas que están sentadas en un cuarto y en proximidad física, los diferentes tipos de videoconferencia permiten responder a las diferentes entonaciones de voz y expresiones faciales.

En cuanto a la videoconferencia, hay que advertir que los problemas relacionados con la lentitud son meramente técnicos, y que es de esperar que en pocos años hayan sido subsanados. La única inferioridad que puede mostrar este sistema frente a la comunicación directa, es que falta el contacto físico entre los interlocutores.

2.7 Características del terapeuta en Psicoterapia Vía Internet.

Los psicoterapeutas deben cumplir con un perfil caracterizado por ser egresados del área clínica, tener una formación basada en el enfoque cognitivo conductual y estar familiarizados con el uso de las tecnologías. Respecto a las normas de operación y procedimiento: En general, el terapeuta debe seguir los mismos procedimientos al proporcionar servicios de salud mental en línea, tal cual como lo haría si los proporcionara personalmente; en particular. Los límites al involucrarse: El terapeuta debe permanecer dentro de sus límites de competencia y no intentar involucrarse en un problema en línea, como lo haría si se tratara el mismo problema presencialmente.

En la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) (Beck, 1976) se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales: Aceptación, Empatía y Autenticidad.

Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática. Interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.

Para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas de feedback dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación. La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitiva y afectivamente el mundo como lo hace este.

El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente. Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas.

Puede incluso desarrollar "ensayos cognitivos" sobre las actitudes y emociones del paciente y generar así alternativas a las mismas. La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del paciente sobre ellas es él, principal determinante de su reacción, por lo que las "preguntas de feedback" son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

2.8 Trastornos de ansiedad y depresión en Psicoterapia Vía Internet.

En este apartado se abordarán los trastornos de ansiedad y depresión que se han trabajado en la modalidad de psicoterapia en línea para este informe. Hay que tomar en cuenta que hasta ahora se han probado sólo algunos trastornos debido a las características particulares de estos.

2.9 Ansiedad.

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas* y se trata de un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Moliner, 1984). Para la medicina, la ansiedad es la angustia que suele acompañar a varias enfermedades en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos (CIE 10, 1994). Cabe resaltar que la ansiedad no siempre es patológica, es además una respuesta de alarma que está orientada hacia el

futuro, y se refiere a un estado en el que un individuo se muestra aprehensivo, tenso e incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible pueda suceder. Es una emoción común como el miedo, la ira o la felicidad. La ansiedad cumple con una función de importancia vinculada con la supervivencia ya que prepara al individuo para responder de manera efectiva ante cualquier amenaza. Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, son adaptativas ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto. Significa que ejerce una función protectora de los seres humanos.

En un estado de ansiedad, se incrementan las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que, en esos momentos, se encuentra por debajo del nivel normal. Cuando esta característica innata del hombre se vuelve patológica, los médicos que hablan de los Trastornos de Ansiedad mencionan que tienen consecuencias negativas para quienes los padecen. De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1994), las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo y los ataques de pánico, etc., forman parte de los trastornos de ansiedad, que pueden ser tratados mediante terapia o con fármacos ansiolíticos. Sin embargo en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) en el apartado de trastornos de ansiedad se describen los siguientes como trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. Siendo estos trastornos los que se atienden con la modalidad de Psicoterapia Vía Internet

Los terapeutas utilizan técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de las creencias irracionales con el objetivo de ayudar al paciente a superar los trastornos de ansiedad. También pueden sugerir técnicas de relajación y respiración siempre y cuando estas técnicas sean útiles para cada

paciente, considerando su tipo de trastorno, su historia de vida y elementos propios de su personalidad.

2.9.1 Etiología de los trastornos por ansiedad.

A continuación se presentan los síntomas que acompañan a cada trastorno de ansiedad de acuerdo a la clasificación del (DSM-IV 1994).

- La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control.
- La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones

u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

- La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
- El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

Para este estudio en particular se uso el DSM IV como guía para diagnosticar a los participantes atendidos, debido a que fue más sencillo su manejo y aplicación en integración y diagnóstico de los participantes atendidos en el programa.

2.9.2 Epidemiología de los trastornos por Ansiedad

Los síndromes ansiosos así como los depresivos son las formas de psicopatología más frecuentes en México. En 1999, algunos estudios encontraron que 14.8 por ciento de la población mexicana presentaban algún trastorno de ansiedad (Asociación Psiquiátrica Mexicana 2001).

La OMS (2004) menciona que los trastornos de ansiedad, se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia. Los mismos comprenden un amplio rango de diferentes trastornos de los cuales los de ansiedad generalizada, fobia social y trastornos de estrés postraumático son de mayor preocupación y requieren programas de prevención. Se calculó que para 1990, el costo anual de los trastornos de ansiedad en los Estados Unidos era de aproximadamente 64 billones de dólares US (en 1998). La mayoría de los trastornos de ansiedad aparecen por primera vez durante la infancia y la adolescencia, lo que hace que estos grupos de edad sean un objetivo importante para la prevención primaria. Entre los niños, los trastornos de ansiedad representan la forma más común de psicopatología con tasas de prevalencia anual que van de 5.7 a 17.7%, la mayoría por arriba de 10%.

2.10 Depresión.

Aarón Beck (1979) fue uno de los primeros en desarrollar la Terapia Cognitiva como un tratamiento para la depresión, argumentando que las personas con diagnósticos depresivos tienden a tener una visión negativa de la vida, creando esquemas negativos sobre sí mismos, su entorno y futuro. Esta negativa manera de pensar dirige su recuerdo de las experiencias personalmente relevantes, su percepción y su interpretación, lo que resulta en una interpretación negativa y sesgada de su mundo, finalmente, en el desarrollo de síntomas depresivos (Bockting et al, 2006).

El DSM-IV (1994) describe la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo que a su vez están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares, entre otros;

- El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios en un lapso de al menos 2 semanas (ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Beck (1979) también describió que el terapeuta es activo y directivo, utilizando los principios de la lógica y método científico, facilita una aproximación racional al pensamiento sobre las circunstancias actuales a 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. aunque las estrategias específicas de la psicoterapia dirigida a cogniciones disfuncionales y la respuesta afectiva con estos sesgos de percepción, además de las destinadas a mejorar el bienestar en los trastornos depresivos, logran contrarrestar esta negativa manera de pensar encontrada en los pacientes otorgando una calidad de bienestar percibida por ellos.

Diversas investigaciones en psicología han demostrado que el uso de la Técnicas Cognitivo Conductuales (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 & 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.

2.10.1 Etiología de los trastornos por depresión.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales, una de las principales formas de comprender la depresión es abordándola a partir de sus síntomas y características, por mencionar algunas, la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, dificultad para concentrarse, para pensar y para tomar decisiones, falta de energía, cambios en el apetito y/o peso; trastornos del sueño así como de la actividad psicomotora, sentimientos de infravaloración,

ideas suicidas o pensamientos recurrentes de muerte; todos los anteriores se acompañan de un malestar clínico significativo, como el deterioro en las áreas del sujeto que la padece. Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas contiguas.

Según Beck (1979), la depresión es vista como una serie de componentes que forman una triada cognitiva, conformada por: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; en esta triada cognitiva hallamos deformaciones en el pensamiento como ideas irracionales que se presentan a lo largo del trastorno y que agudizan su impacto en el que lo padece, por ejemplo, las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista esto puede ocurrir debido a que las creencias irracionales que tienen les hacen ver que tienen elementos para creer que en general son merecedores de lo que les ocurre y que no pueden hacer nada para contrarrestarlo. Por tanto se entendería que la ansiedad y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos mediante las creencias irracionales negativas, siendo una de las causas de la depresión la incapacidad de reconocer dichas creencias.

2.10.2 Epidemiología de los trastornos por Depresión

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, según la Organización Mundial de la Salud en su Estadística Sanitaria Mundial de (2007) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación

con la depresión; a nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cada año se suicidan más de 800.000 personas. Los jóvenes son los que corren mayor riesgo ya que muchos de los casos de suicidio corresponden a este grupo.

2.11 Criterios Éticos aplicados en los servicios de Psicoterapia Vía Internet.

Todo protocolo dedicado a ofrecer servicios terapéuticos presupone situaciones éticas ya que continuamente se enfrenta a la necesidad de tomar decisiones morales tanto respecto a las metas de la terapia como los medios para alcanzar dichas metas (Goldfried, 1981). Existe una problemática que se puede generalizar a todas las terapias, ya sean cognitivas, psicodinámicas, humanistas, etc. y es el manejo de la ética, para la Psicoterapia Vía Internet éste es también un problema ya que aspectos como la seguridad y la confidencialidad, están de forma recurrente en Psicoterapia Vía Internet. Reed et al. (2000) desarrollaron las siguientes normas para la práctica profesional de la telesalud, dirigidas a la psicología a través de Internet.

1. Los estándares básicos de conducta profesional que rige cada profesión de salud no se trastornan por el uso de las tecnologías que se precisan en el servicio de telesalud, para la investigación de conducta o al proporcionar educación. Desarrollados por cada profesión, estos estándares se agrupan particularmente en la responsabilidad del practicante que provee atención y ética de alta calidad.

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

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

4. Los servicios dados mediante telesalud deben suscribirse a la norma básica de calidad y cuidados de la salud, de acuerdo a los parámetros de cada

pauta médica.

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

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

7. Las normas clínicas en telesalud deberán establecerse sobre la base de la certeza empírica cuando se disponga de ella, y del consenso profesional con las disciplinas que intervengan en cada caso.

8. La integridad y el valor terapéutico de la relación entre proveedor del servicio de salud y el paciente, deberá mantenerse y no dispersarse por el uso de la tecnología de telesalud.

9. Los profesionales de la salud no requerirán de licencias adjuntas para proveer de estos servicios vía telesalud. Al mismo tiempo, estas tecnologías no podrán usarse como vehículo para conferir servicios que no estén reglamentariamente autorizados o que sean ilegales.

10. La seguridad de los pacientes y los practicantes de salud deberá estar enteramente garantizada. El hardware y software combinados con el uso profesional de los mismos, son elementos forzosos para la práctica de la telesalud.

De igual forma el código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), enuncia en su artículo 23 "El psicólogo que realiza valoraciones psicológicas por medio de procedimientos automatizados a distancia, como pueden ser: la internet o el teléfono, se mantiene alerta de las limitaciones a la calificación e interpretación de los resultados, y las comunica a la persona

valorada. Asimismo, le advierte de los posibles límites a la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar la identidad de la persona valorada" (pág. 52).

El artículo 29 indica que "Al efectuar intervenciones y/o asesorías terapéuticas, preventivas, educativas, organizacionales, sociales, comunitarias, consejo psicológico directo, ya sea por escrito, por radio, telefónico, televisivo, por internet, o por cualquier otro medio de comunicación, el psicólogo se basa en la investigación y los datos acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas o procedimientos que utilice"(pág. 53) más adelante el Artículo 35 aclara que "El psicólogo que utiliza técnicas o procedimientos de intervención psicológicos por medio de procedimientos automatizados a distancia como, por ejemplo, la internet o el teléfono, se cerciora de recibir la educación y formación necesaria para:

a) Prescindir de señales auditivas (como amplitud de voz, extensión del discurso, tartamudeo y vacilación al hablar), y señales visuales (como contacto visual, ruborización e inquietud) propias de la interacción frente a frente, y b) trabajar solamente con señales textuales.

Se mantiene alerta del hecho de que el correo electrónico y los sitios para chatear esconden o disfrazan las expresiones emocionales faciales, verbales, posturales, conductuales, signos diagnósticos y clínicos (auditivos y visuales) de la persona que recibe servicio psicológico por este medio. Asimismo, le advierte de los posibles límites de la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar su identidad."(código ético del psicólogo pág. 54)

Estos principios otorgan parte de la metodología utilizada en la Psicoterapia Vía Internet y aportan las normas a seguir en su práctica, de modo que facilita la resolución de los problemas éticos, así mismo se deben seguir las normas éticas de la terapia cara a cara.

3. Experiencias similares

En cuanto a otros programas de terapia cognitivo conductual Caballo (1996) menciona que la terapia cognitivo-conductual incorpora tanto intervenciones conductuales intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento como intervenciones cognitivas intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo.

El modelo Cognitivo-Conductual, ha mostrado ser efectivo en el trabajo con Nuevas Tecnologías. Esta intervención es la más ampliamente recomendada y utilizada; prueba de esto son los diversos trabajos realizados que han utilizado este modelo y la han comprobado; Schneider (1999) realizó una investigación en el área de comunicación terapéutica a distancia. Esta consistió en tres distintas formas de de comunicación psicoterapéutica: 1. Presencial, 2. Sólo audio y 3. Audio y video su estudio concluyó que cualquiera de las tres condiciones era mejor al no tratamiento. Asimismo, no encontró diferencias significativas entre las tres formas de intervención.

Podemos decir entonces que el uso del modelo cognitivo-conductual favorece esta modalidad terapéutica, ya que en este modelo se emplean varias tareas, cuestionarios y materiales de apoyo, tales como manuales, lecturas, ejercicios, etc.

Por otro lado Kendall, (1994). Propone que el tratamiento Cognitivo-Conductual en niños debe llevarse de la siguiente manera: 1.- planeando objetivos en los que se dará importancia a: 1) Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas, 2) Detectar los pensamientos del niño en las situaciones que le provocan ansiedad, 3) Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad y evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado. También divide las sesiones en 2 bloques, uno específicamente para entrenamiento y el segundo para la práctica de habilidades aprendidas. Además algunas de las estrategias que propone Kendall son similares a las que se usan en el tratamiento de Psicoterapia Vía Internet con adultos (aproximaciones sucesivas, Role-playing, Relajación, tarea en casa, refuerzo contingente, autoaplicaciones) con la diferencia de que en el caso de

Psicoterapia Via Internet no se hace uso del refuerzo contingente y la relajación es sustituida por la respiración diafragmática).

Es recomendable que se incorpore un componente explícito de mantenimiento y/o continuación de los tratamientos de los trastornos de ansiedad revisados, componente especialmente importante al tratarse de niños y/o adolescentes con factores de riesgo para la recaída o recurrencia.

Por otro lado en un estudio realizado por Marks y colaboradores (2007) identificaron un total de 97 tratamientos probados en 175 estudios, de los cuales 103 fueron estudios controlados. En niños y adolescentes, se han desarrollado al menos siete tratamientos para distintos tipos de trastornos, como fobias, depresión, migraña y encopresis. Al respecto, 3 estudios abiertos y 5 estudios controlados revelaron resultados alentadores. Dos de los exponentes más claros son el "Fear Fighter" (FF) y "Beating the Blues" (BB). Ambos son recomendados por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE). El FF se ha probado en estudios controlados para el tratamiento de las fobias y el pánico. El BB está dirigido al tratamiento de la depresión y consiste en un CD que cuenta con un video introductorio seguido de 8 sesiones semanales de 50 minutos. Durante las mismas se ayuda a los pacientes a desafiar pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales. También se explican y ejemplifican estrategias de resolución de problemas, exposición, manejo del sueño y ejercicios en sesión.

En México el grupo de investigación del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la UNAM, inicio en 2004 un esfuerzo sistemático para poner a prueba esta modalidad terapéutica. Al mismo tiempo instrumentó un programa de prácticas Integrales dirigido a estudiantes de Psicología de la UNAM para su formación profesional como psicoterapeutas en la modalidad vía Internet.

3.1 Candidatos factibles para tomar Psicoterapia Vía Internet.

Bermejo (1999) plantea que un tratamiento psicológico vía Internet puede llevarse a cabo de forma exitosa si:

- ❖ El paciente tiene dificultades para acudir al consultorio de un profesional de su localidad.
- ❖ El trastorno del paciente le impide inicialmente acudir al consultorio del psicólogo (por ejemplo, problemas agorafóbicos, fobia social, etc.)
- ❖ En caso de traslados o ausencias por diversas causas.
- ❖ Si el paciente desea mantenerse en el anonimato.
- ❖ Si el trastorno que presenta no le incapacita para seguir instrucciones a distancia en cuanto a la aplicación de estrategias y técnicas de cambio terapéutico.
- ❖ Muestra facilidad de comunicación por esta vía y capacidad de concreción a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- ❖ Si aún pudiendo acudir a un psicólogo cerca de su lugar de residencia opta por este medio por considerarse familiarizado con él y dispone de recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico a distancia.
- ❖ Si el trastorno o trastornos presentados no tienen la consideración de graves o muy graves.

Otros de los posibles candidatos a tomar Psicoterapia Vía Internet es que el paciente presente alguna capacidad diferente la cual le impida acudir al consultorio ya sea por poca movilidad o por la dificultad de traslado que representa

3.2 Ventajas y desventajas de la Psicoterapia Vía Internet.

Una de las finalidades de la Psicoterapia Vía Internet es proporcionar un servicio de calidad a sus pacientes. Esta modalidad nos permite ofrecer un nivel de prevención, debido a que puede facilitar el abordaje temprano de casos que necesitarían asistencia psicoterapéutica y que no acudirían a los servicios de salud mental de otra manera, siempre y cuando los niveles de Ansiedad y Depresión no excedan los límites de mínimo, leve o moderado, según sus escalas de medición (específicamente por ser los trastornos tratados en este programa de prácticas profesionales). En cuanto a la gravedad, Internet puede ser un medio apropiado para personas que no tienen un problema clínico (mayor a los mencionados) y que se beneficiarían de apoyo psicoterapéutico (Manrique, 2009).

El e-mail puede proporcionar tanto al cliente como al terapeuta la oportunidad de elaborar con detenimiento lo que va a comunicar, lo que puede incrementar una claridad en la comunicación y hacer intervenciones más adecuadas. Sin embargo, es importante conocer cuáles son las ventajas y desventajas para cada uno.

Tabla. 2 ventajas y desventajas para el paciente en Psicoterapia Vía Internet (Pattoni, 2003)

Paciente

| Ventajas | Desventajas |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducción de la distancia. ➤ Económicamente es más barato. ➤ Contacto con varios miembros de la familia. ➤ Personas físicamente limitadas. ➤ Primer contacto con un servicio de salud mental. ➤ Posibilidad de escribir a cualquier hora del día y lugar. ➤ Revisión de tareas y psicoeducación a cualquier hora y lugar. ➤ Desinhibición ante el terapeuta. ➤ Contacto con otras personas que padecieron el mismo problema y con especialistas sobre el tema. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconocimiento acerca de quién está otorgando el servicio, no saber si es o no un profesional. ➤ Riesgo de que terceras personas tengan acceso al material psicoterapéutico. ➤ Falta de habilidad para escribir en el teclado, podría generar malos entendidos. ➤ Analfabetismo. ➤ Generar dependencia a la Psicoterapia Vía Internet. ➤ Envío de correos electrónicos a direcciones erróneas mensajes no recibidos. |

Tabla 3. Ventajas y desventajas para el terapeuta en Psicoterapia Vía Internet (Pattoni, 2003).

Terapeuta

| Ventajas | Desventajas |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Archivar íntegramente toda comunicación mantenida entre el psicólogo y el paciente. ❖ Registro total del material clínico que el paciente proporciona. ❖ Contestar dudas relacionadas con el tratamiento por vía e-mail. ❖ Puede ayudarse de las diferentes páginas Web. ❖ Oportunidad de abrir nuevas líneas de investigación sobre la transferencia, resistencias, experiencias u otras reacciones del individuo ante el Internet. ❖ Canalización inmediata ❖ Mejor acceso de las personas a la atención psicológica | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Problemas para la elaboración del diagnóstico debido a la pérdida de información visual del paciente. ❖ Dificultad de confidencialidad debido a hackers. ❖ Dificultad de discriminación entre un paciente real y un impostor. ❖ La inversión económicamente es elevada. ❖ No se pueden supervisar las técnicas de relajación ni ejercicios de forma presencial. ❖ Alargamiento de la Terapia. ❖ Ansiedad por invisibilidad. ❖ Desconfianza en cuanto a las formas de pago. ❖ Daños físicos debido a la exposición prolongada. ❖ Envío de correos electrónicos a direcciones erróneas mensajes no recibidos. |

Entre los principales inconvenientes que se presentan en esta modalidad están manejo de las crisis, esto se hace más difícil cuando el participante y terapeuta son de ámbitos geográficos diferentes y no se cuenta con otro medio de contacto además de la Internet o cuando no se tiene la posibilidad de contactar a la red de apoyo. El otro aspecto corresponde a los asuntos jurídicos y legales, el hecho de que terapeuta y cliente sean de distintos

estados, o de distintos países, con leyes diferentes, dificulta o imposibilita establecer los límites de las responsabilidades legales (Manrique, 2009).

4. Programa de Intervención.

Como se menciono anteriormente el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVYC), aplica el programa "Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica" como una opción más para cubrir la gran demanda de tratamiento que tiene el Centro de Servicios Psicológicos (SCP) Dr. Guillermo Dávila, con diferentes objetivos, encaminados hacia el beneficio de la comunidad, a los estudiantes de la Facultad de Psicología y a la investigación. También con el fin de ofrecer a los Estudiantes de los últimos semestres una opción mas por medio de las practicas profesionales en ambientes reales y controlados, de modo que le proporciona al estudiante la oportunidad de trabajar en un escenario real, con pacientes reales y obtener la experiencia clínica que no podría conseguir sin la seguridad de contar con el apoyo de expertos en el tema.

4.1 Objetivos.

Es posible dividir los objetivos generales en 4 rubros, el primero es otorgar servicios terapéuticos a distancia para tratar trastornos de Ansiedad y Depresión mediante la capacitación de estudiantes en Psicoterapia Vía Internet, un segundo objetivo se puede definir como brindar a estudiantes las herramientas y elementos necesarios para ofrecer atención terapéutica a pacientes a través de internet, el tercer objetivo consta de demostrar con evidencia experimental que el tratamiento dado a los pacientes con Psicoterapia Vía Internet puede arrojar resultados similares a un tratamiento de forma presencial, mediante evidencias estadísticas y así tener un tratamiento útil para los pacientes que acceden a esta modalidad obteniendo resultados a corto, mediano y largo plazo.

Finalmente la titulación por medio de prácticas profesionales se convierte en uno de los objetivos principales del estudiante que ingresa al programa ya que, al obtener la experiencia profesional que le brinda el trabajo en el escenario real, también sirve de motivador para enfocarse tanto a la investigación como al trabajo terapéutico, generando así un profesional de la salud que utiliza herramientas tecnológicas, tratamientos basados en evidencia y finalmente que tiene la capacidad de otorgar un servicio terapéutico de calidad.

4.2 Población destinataria.

El programa de Psicoterapia Vía Internet fue diseñado para usuarios que cubrían la mayoría de edad (18 años) con un nivel educativo mínimo de secundaria o al menos el uso elemental de una computadora y herramientas básicas en el Internet, cuya sintomatología estuvo asociada con trastornos del estado de ánimo, depresivos o ansiosos, que presentaron una puntuación en niveles de ansiedad y depresión de mínima a moderada, no hubo ningún criterio de exclusión referente a la distancia máxima entre el usuario que solicitó el tratamiento y el terapeuta, ya que mientras se tuviera acceso libre a Internet y un equipo de cómputo que le permitiera realizar videoconferencia cubría los elementos técnicos que solicitó este tratamiento.

Sin embargo no se aceptaron casos en los que los solicitantes tuvieran a la par un tratamiento psiquiátrico o psicológico en ese mismo momento, consumo de sustancias como psicotrópicos, estimulantes o tranquilizantes.

Otro factor importante fue que el usuario debía disponer de al menos 90 minutos libres entre los días lunes y viernes para poder asistir a su sesión con el terapeuta designado, el tratamiento tuvo una duración de entre 16 y 18 sesiones de 90 minutos cada una, el intervalo entre sesiones fue semanal.

4.3 Espacio de trabajo.

Como ya se menciona antes, las sesiones fueron otorgadas desde el cubículo 18 del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM ubicado en el sótano del edificio "E". El cubículo estaba preparado con el equipo de cómputo necesario para realizar las sesiones vía chat o videoconferencia así como red para conectarse a internet. La capacidad del cubículo es de alrededor de 8 terapeutas, cada uno con una computadora provista de micrófono, bocinas, cámara web, y el sistema operativo Windows XP, y el paquete de Office 2007, de igual manera contenía un archivero donde estaba resguardados los expedientes clínicos

proporcionados para los pacientes que ingresaban a través del CSP y por protocolo del mismo requerían un expediente clínico donde se reporta el alta, canalización o baja de los pacientes.

4.4 Etapas del procedimiento.

El procedimiento del programa "Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica" está dividido en 3 grandes etapas las cuales son:

1. Entrenamiento: Comprende un periodo de 3 semestres uno teórico y 2 prácticos comenzando por aplicar un Pre-test para ver inicialmente cual es el nivel de habilidades terapéuticas y de conocimientos en general que tiene los pacientes, en cual se entrena a los terapeutas en habilidades terapéuticas y técnicas Cognitivo-Conductuales necesarias para poder brindar una atención adecuada a los pacientes, el ejercicio comprende los temas :

1. Ciberpsicología
 - 1.1 Psicoterapia Via Internet
2. Enfoque cognitivo conductual
 - 2.1 Técnicas de terapia cognitivo conductual
3. Habilidades terapéuticas
4. Habilidades clínicas para psicoterapeutas via internet
5. Depresión
6. Ansiedad
7. Autoestima
8. Duelo
9. Intervención en crisis

2. El entrenamiento continúa con el tratamiento a pacientes: Una vez que los terapeutas terminan el entrenamiento se les evalúa en un Post-test para saber cuánto es lo que avanzaron y los resultados que obtuvieron, dependiendo de esta calificación se asigna un primer paciente al terapeuta en formación, el cual es supervisado desde el contacto con el paciente hasta el alta del paciente. Al mismo tiempo se pide a los terapeutas en formación que elaboren la búsqueda bibliográfica de su informe de prácticas en bases de datos, tomando en cuenta que los artículos deben ser de al menos hasta 5 años de haber sido publicados

3. Elaboración de informe de prácticas profesionales: Cuando el terapeuta termina de dar de alta a todos los paciente asignados y contactados se elabora el informe de alta de tratamiento y a su vez se termina el informe de prácticas anexando y reportando a cada uno de sus paciente tratados comparando sus evoluciones inter e intra sujeto

Con respecto a las etapas del procedimiento del tratamiento de los pacientes se divide en los siguientes puntos:

- I. Solicitud de tratamiento: el paciente se pone en contacto por medio del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) " Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología o por medio de el envío de una mail solicitando el tratamiento a psicoterapia_enlinea@yahoo.com.mx que es el mail de contacto a pacientes que se encuentran en el interior de la Republica o parte del área metropolitana,
- II. Contacto con el paciente: una vez que el paciente ha solicitado el tratamiento en cualquier forma de contacto reciben una evaluación inicial que consta de 3 pruebas psicológicas, el inventario de ansiedad de Beck, el inventario de depresión de Beck y el formato de solicitud de tratamiento que son calificados por el terapeuta asignado para otorgar el tratamiento si es que el paciente es candidato, factible a recibir el tratamiento con el programa.
- III. De estas pruebas las puntuaciones que son criterio de inclusión es que

los puntajes de los inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck (0–5 nivel mínimo, 6-15 Nivel leve, 16 – 30 nivel moderado, mas de 31 nivel severo) no sobrepasen el nivel de moderado en la evaluación inicial pre-test. Con respecto a la solicitud de tratamiento está se utiliza para conocer el motivo de consulta desde una percepción general del paciente, además de datos como fecha de nacimiento, lugar en el que vive, nivel de estudios, etc., de igual manera para explorar de forma superficial las horas que pasa el paciente en la red y que conocimientos básicos tiene así como averiguar con que tipo de herramientas de equipo de computo cuenta y que tipo de contacto se puede hacer con él ya que para realizar videoconferencias o llamadas se requiere de una cámara web, micrófono y bocinas respectivamente, también el motivo de consulta y la exploración que arroja el Formato de solicitud de tratamiento son criterios de inclusión al tratamiento ya que de no cubrir con los requerimientos mínimos con respecto al equipo de computo y al manejo de este, o , si el motivo de consulta no corresponde con trastornos de ansiedad o de depresión o trastornos adaptativos en niveles que no sobrepasen la escala de moderado, no se podrá otorgar este tipo de tratamiento.

4.5 Actividades primordiales contempladas en el programa.

Como principales actividades en este programa de titulación por prácticas profesionales podemos mencionar:

- a) La evaluación inicial de los conocimientos y habilidades sobre las técnicas Cognitivo Conductual, las habilidades terapéuticas y las herramientas que se utilizaran durante el tratamiento (entrevista, diagnóstico, reestructuración cognitiva, conocimientos de psicoterapia, etc.) fueron evaluados como se menciona con anterioridad con un examen diagnóstico Pre-entrenamiento y la evaluación Post-entrenamiento en el manejo de los temas y herramientas que se usan

en Psicoterapia Vía Internet

- b) Capacitación para formarse como terapeuta en tratamiento Cognitivo-Conductual con Psicoterapia Vía Internet

- c) Inicio de la búsqueda bibliográfica en los temas referentes al tratamiento en Psicoterapia Vía Internet con corte Cognitivo-conductual en México y a nivel mundial
- d) Atención de pacientes.

- e) Supervisión clínica.

- f) Realización de altas y reportes clínicos.

- g) Elaboración del reporte de prácticas profesionales.

4.6 Materiales e instrumentos utilizados.

Materiales:

- Expedientes impresos y en línea

- Computadora con acceso a Internet y el sistema operativo adecuado para su funcionamiento

- Diadema con micrófono

- Cámara web

- Otros como impresora, hojas blancas, folders, perforadora, plumas, lápices, etc.

Instrumentos de evaluación:

- 1) Escala de Ansiedad de Beck. (Robles, et al, 2001)
- 2) Escala de Autoevaluación de la mejoría (Botella y Ballester, 1997).
- 3) Escala de Depresión de Beck. (Jurado,S., et al. 1998).
- 4) Formulación del caso de Nezu (2003).
- 5) Inventario de Autoestima (Reidl, 2002).
- 6) Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (Rivero, et. al, 2009).
- 7) Inventario de Creencias Personales (Kassinove y Berger, 1982).
- 8) Inventario de Exploración Clínica (Caballo y Salazar, 2005).

Archivos de Psicoeducación (realizados por el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología LEVYC):

1. Asertividad
2. Autoregistro diario.
3. Audio de respiración progresiva
4. Autoestima
5. Creencias Irracionales
6. Entrenamiento en solución de problemas.
7. Establecimiento de metas
8. Haga ejercicio
9. Identificación y Expresión de emociones.
10. Lista de derechos
11. Lista de emociones
12. Resolución de problemas.
13. Técnica ABC.

4.7 Estrategias de evaluación

1) Los Mecanismos de evaluación en el programa se basan en dos partes, la primera es realizada por el terapeuta al aplicar evaluaciones pre y post tratamiento, las cuales incluyen Autoregistro diario, Escala de Ansiedad de Beck, Escala de Depresión de Beck, Establecimiento de metas, Inventario de Autoestima, Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), además del registro semanal de autoevaluación de la mejoría. Por otra parte se realiza una evaluación de la satisfacción del tratamiento (estas las realiza el coordinador del programa al finalizar el tratamiento), con las que podemos medir cuanto ha sido el nivel de agrado del paciente con respecto al tratamiento, a la modalidad y al terapeuta.

2) Cuando el paciente es ingresado al tratamiento, el supervisor se encarga de llevar a cabo el seguimiento semanal del terapeuta con respecto de sus pacientes, así mismo corrige los errores del terapeuta en sesiones de supervisión semanales, para verificar la capacidad del terapeuta para resolver problemas o situaciones extrañas que se lleguen a presentar en sesión, como que el paciente se ponga ansioso por perder señal de internet, o por que se presente una avería en el sistema eléctrico, por esta razón el supervisor clínico del terapeuta está pendiente de la reacción del terapeuta ante estas variables que pueden generar ansiedad

5. Resultados

Dentro de los resultados obtenidos es posible mencionar los participantes dados de alta, correspondiendo a una $n=4$ dentro de los que se reportan a continuación sus datos con fines de informar su estatus.

Como nota cabe mencionar que a lo largo del periodo de prácticas profesionales se entrevistó e hizo contacto con 12 participantes, de los cuales 8 iniciaron el proceso terapéutico y 4 decidieron volver a lista de espera del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) " Dr. Guillermo Dávila" para tener un tratamiento presencial, a lo largo de las sesiones, 4 de los 8 participantes restantes se dieron de baja por diferentes motivos de entre los cuales están el que ellos solicitaron su canalización a un tratamiento presencial debido a que se sentían incómodos con la modalidad PVI y a que los participantes abandonaron el tratamiento argumentando que se sentían que la modalidad no era adecuada o efectiva para ellos, a pesar de que probaron con las primeras sesiones, de los 4 participantes que concluyeron todo el tratamiento a continuación se reportan por orden de inicio de tratamiento.

Con respecto a la evaluación de los Inventarios de Beck tanto de ansiedad como de depresión se tomó en cuenta el punto de corte que determina a partir de que medida se clasifica la posible presencia del trastorno a medir, ya sea mediante la severidad percibida de los síntomas que mide la prueba con respecto a la puntuación dada por los participantes o mediante el número de síntomas que el participante menciona manifestar, se obtuvo mediante la escala de valores que se emplea para evaluar los elementos o características de ambas pruebas (los baremos), para la Escala de Ansiedad de Beck. (Robles, et al, 2001) se encontró que el punto de corte es de 18 o la presencia de 6 ítems con una puntuación de entre 2 y 3 de la escala. Con respecto a la Escala de Depresión de Beck. (Jurado, S., et al. 1998) el punto de corte es de 13 o la presencia de 4 ítems con una puntuación igual o superior al puntaje 2 de la escala.

5.1 Participante A.

Se trata de una mujer de 32 años, delgada, morena, con un tono de voz y volumen adecuado con habla fluida y enérgica, vive en unión libre, en el estado de Hidalgo, se dedica al comercio y al hogar, tiene una licenciatura trunca en turismo, para el tratamiento de esta participante se emplearon 17 sesiones que iniciaron en enero de 2010, terminando así en junio de 2010, la participante tiene un aspecto pulcro, tiene el cabello negro, lacio, ojos oscuros, se ve poco acorde a la edad ya que su aspecto es más joven que la edad que tiene.

Su motivo de consulta fue "Resolver problemas de ira, inseguridad y rencor. A veces me quieren dar ataques de pánico, lo cuales hace 9 años sufrí por un periodo de más de seis meses y afectó mucho mi vida. Tengo miedo de que se repita esa situación. También tengo problemas con el alcohol". Referido por la paciente.

La entrevista de esta participante se realizó mediante videoconferencia y se obtuvieron los siguientes antecedentes. La participante habló de sus problemas y de su historia de vida durante la entrevista, cuando se tocó el tema de su infancia la paciente se mostró emocionalmente sensible y al hablar de la relación con su mamá y sus hermanos, se puso a llorar ya que dijo que siempre había estado en una situación de abandono y que por ser la menor fue testigo de violencia ya que su hermano mayor que padecía esquizofrenia y era muy violento con el resto de la familia.

Así mismo habló de los ataques de pánico que sufría y mencionó que el primero lo sufrió cuando probó marihuana ya que el efecto del consumo de esta sustancia generó un ataque de pánico por el cual fue hospitalizada, posteriormente tuvo un segundo ataque de pánico a los 2 meses de haber consumido y esta sensación y síntomas del ataque duraron aproximadamente unos 7 meses continuos.

Al hablar de los episodios de ira, la participante refiere que estos se intensificaron cuando sostuvo una relación con una pareja muy violenta, hace

5 años, que la golpeaba y agredía desde el aspecto psicológico, esta pareja era adicta y le pidió ayuda a la participante para dejar de consumir sustancias, a lo que ella accedió, posteriormente en una pelea con este novio, la participante tomó un cuchillo y lo enterró en un brazo y pierna de su pareja. Actualmente está con una pareja que da más estabilidad. También menciona que su mamá de 80 años la desespera mucho y que tiende a ser violenta con ella de forma psicológica, aunado a ello la participante comentó tener un consumo de al menos 2 botellas de alcohol y 4 cajetillas de cigarrillos a la semana, se sugirió a la participante acudir a un tratamiento debido al consumo. Se diagnosticó a la participante A con: Crisis de Angustia, según los criterios diagnósticos del DSMIV (1994)

Tabla 4 Evaluación del uso de las técnicas y herramientas utilizadas en el tratamiento para la participante A

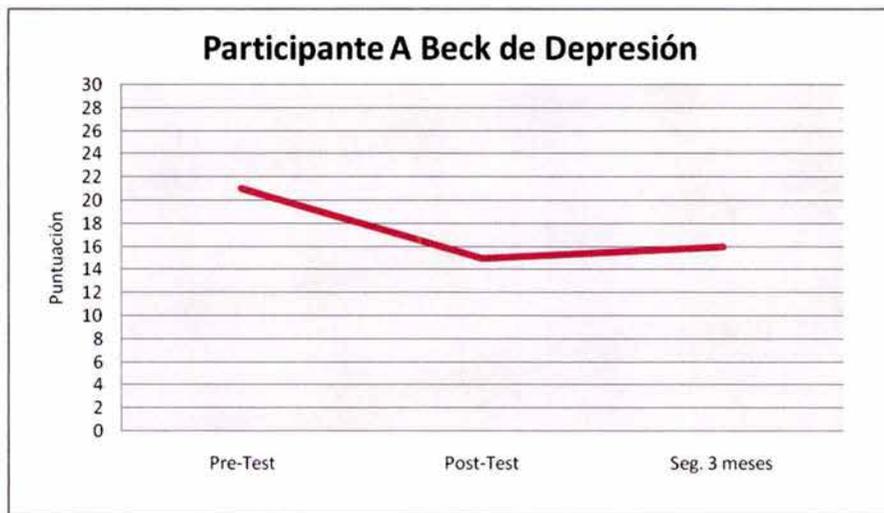
| Herramienta o técnica utilizada | Situación del uso de la herramienta o técnica de la participante en sesión de entrenamiento | Observaciones específicas del uso de la herramienta o técnica de la participante después de la sesión o del entrenamiento en la misma |
|---------------------------------|---|---|
| Entrevista presencial | Se utilizó la técnica por videoconferencia, así como el llenado de instrumentos y evaluaciones utilizadas en Psicoterapia Vía Internet. | Se pidió a la participante que contestara las evaluaciones y las enviara por correo electrónico antes de la siguiente sesión. También se estableció un diagnóstico y metas terapéuticas para el trabajo en las sesiones siguientes. |
| Reestructuración cognitiva | Se trabajó la herramienta para creencias irracionales, para contrarrestar pensamientos desadaptativos | La participante tenía la consigna de elaborar y utilizar estas frases en cada momento en el que se presentaran los síntomas o estuviera expuesta a una situación que le causara enojo o ansiedad. |
| Identificación y | El procedimiento para | La participante escribió una carta de |

| | | |
|--|--|---|
| <p>expresión de emociones</p> | <p>esta herramienta fue la elaboración de un ejercicio de para lo cual la participante utilizó varias de sus emociones especialmente la emoción de la ira y la expresión de la mismas.</p> | <p>emociones a su hermano mayor. También expreso a su madre lo que sentía por ella</p> |
| <p>Asertividad</p> | <p>Se hicieron ejercicios en los que se retomaban experiencias del autoregistro semanal y se trataba de dar una respuesta alternativa que fuese asertiva.</p> | <p>Se asignaron tareas con respecto a poner a prueba la herramienta, como expresar su disgusto sin violencia o decir que no ante situaciones que le parecían negativas o agresivas.</p> |
| <p>Resolución de conflictos</p> | <p>Utilizando nuevamente una de las experiencias reportadas en el autoregistro semanal se trato de resolver a través de Role-playing en sesión con el uso de la herramienta.</p> | <p>Se pidió que eligiera una o varias situaciones y trabajara con la misma técnica como alternativa de solución.</p> |

Al finalizar el tratamiento se evaluaron las técnicas aprendidas y el cumplimiento de las metas terapéuticas establecidas al principio del mismo, así como el nivel de satisfacción con respecto a la terapia, dando por concluido el tratamiento.

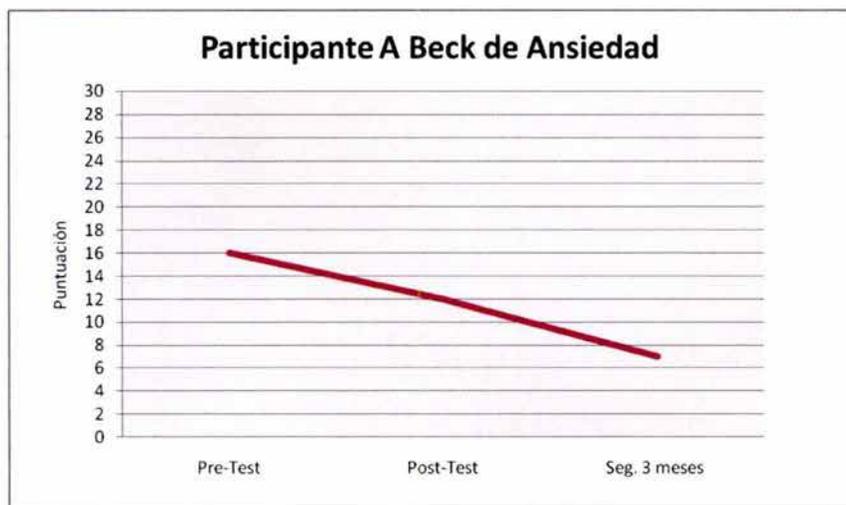
La participante fue capaz de aprender y llevar a la práctica las técnicas aprendidas a lo largo de la terapia, esto logro que disminuyera los niveles de ansiedad y depresión, causando un aumento en el nivel de autoestima y de calidad de vida

Como resultado del tratamiento se presenta la comparación pre-tratamiento, post-tratamiento y Seguimiento a 3 meses que se obtuvo de las siguientes pruebas aplicadas a la participante, las cuales fueron: el inventario Beck ansiedad, el inventario Beck depresión.



Grafica 1 comparación de la evaluación de Beck de depresión Pre-Tratamiento, Post-Tratamiento y Seguimiento a 3 meses para la participante A.

La grafica 1 muestra los puntajes de la evaluación de la Participante A de la prueba de Beck para medir depresión, el resultado fue que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de depresión como "Moderada". Al finalizar el tratamiento la participante A obtuvo una baja al nivel de "Leve", la cual se mantuvo para el seguimiento a 3 meses aunque incrementando un punto, se mantuvo en el mismo nivel.



Grafica 2 comparación de la evaluación de Beck de ansiedad Pre- Test, Post- Test y Seguimiento a 3 meses para la participante A.

En la grafica 2 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir ansiedad de la participante A, que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de ansiedad como "Leve". Al finalizar el tratamiento la participante A se mantuvo en el nivel de "Leve" pero con un puntaje más bajo, para el seguimiento a 3 meses la puntuación bajo al nivel de "Mínima", mostrando que la participante tiene beneficios aún después del tratamiento y que el tratamiento es causa de los mismos.

Tabla 5. Evaluación de Calidad de vida y salud Pre- Test, Post- Test y Seguimiento a 3 meses de la participante A

| Nombre de la escala (positivas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| Actitud ante el tratamiento | 2 | 17 | 15 |
| Desempeño físico | 8 | 8 | 9 |
| Familia | 13 | 8 | 10 |
| Funciones cognitivas | 7 | 12 | 10 |
| Percepción corporal | 8 | 11 | 9 |
| Percepción de bienestar y salud | 2 | 4 | 4 |
| Redes sociales | 6 | 11 | 14 |
| Relación con el terapeuta | 7 | 11 | 12 |
| Tiempo libre | 2 | 16 | 14 |
| Vida cotidiana | 6 | 20 | 20 |
| Nombre de la escala (Negativas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
| Aislamiento | 5 | 19 | 18 |
| Dependencia terapéutica | 1 | 20 | 18 |
| Preocupaciones | 8 | 11 | 12 |

El inventario de calidad de Vida fue aplicado para la participante A antes, durante y 3 meses después del tratamiento, mostrando las puntuaciones en el transcurso del tiempo para mayor claridad se dividió este instrumento en escalas positivas y negativas, a continuación se describirán las escalas positivas de forma individual, comenzando por las positivas

Actitud ante el tratamiento:

La participante al inicio se muestra resistente el tener iniciar el tratamiento ya que su puntaje es de 2, el contenido de las sesiones se ven en un inicio acompañadas de actitudes y creencias que la obstaculizan o imposibilitan el manejo del tratamiento, al finalizar el programa de tratamiento la participante puntuó 17 lo cual significa que ella comprende la importancia de seguir el tratamiento, asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva en el resto de sus actividades, se ve una baja a 15 en el seguimiento a 3 meses, pero se mantiene esta percepción aún con esa disminución.

Desempeño físico:

Al inicio y final del tratamiento la participante muestra que su capacidad para realizar actividad física está deteriorada. Puede haber umbrales bajos al dolor (percibe fácilmente sensaciones desagradables), reactividad vascular y respiración defectuosa, esto es explicado por el consumo de alcohol y de tabaco por parte de la Participante debido a ello comienza el tratamiento con una puntuación de 8 , al finalizar el mismo se mantiene en ese nivel y en el seguimiento a 3 meses logra aumentar un punto llegando a 9, debido a ello podemos inferir que la participante hizo caso omiso a la recomendación de recibir tratamiento debido a su consumo.

Familia:

La participante obtiene en esta escala al inicio del tratamiento 13 puntos, al llegar al final del tratamiento disminuye a 8 y en el seguimiento a 3 meses obtuvo 10 puntos, estas puntuaciones implican problemas de interacción. Muy probablemente por desacuerdos o conflictos importantes para la participante, debido a los conflictos que sostiene con su madre, es claro que la participante aplica en menor medida las herramientas aprendidas, sin embargo puede haber cierto grado de interferencia por parte del consumo.

Funciones cognitivas:

Al inicio del tratamiento encontramos que la participante obtuvo una puntuación de 7, cuando termino se registró 12 puntos y en el seguimiento a 3 meses bajó a 10 puntos, se puede decir que la participante tiene disminución notable de su capacidad de memoria y concentración. Puede mostrar estados emocionales parecidos a la depresión en los que estas fallas expliquen sentimientos enojo, o ansiedad.

Percepción corporal:

Podríamos decir que en general la participante A se percibe a sí misma como físicamente desagradable. Puede haber atención selectiva a aparentes señales de desagrado hacia su persona haciendo referencia a su edad principalmente y a los logros hasta el momento catalogándolos como pocos o insuficientes. Al inicio cuenta con 8 puntos de esta escala, logrando una puntuación de 11

puntos al final, en el seguimiento a 3 meses disminuye a 9.

Percepción de bienestar y salud:

Esta escala indica la percepción de la participante con respecto a su bienestar y salud general, la puntuación máxima es de 5 y la mínima de 0, fue tomada con referente a 2 semanas previas, al inicio del tratamiento, la participante A puntuó 2 en esta escala, aumentó este puntaje a 4 y se mantuvo así para el seguimiento a 3 meses.

Redes sociales:

Al inicio del programa la participante A llegó a 6 puntos, cuando la participante finalizó el tratamiento obtuvo 11 y en el seguimiento a 3 meses su puntuación aumentó a 14, lo cual quiere decir que en general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia, además cuenta con personas a su alrededor que pueden ayudarlo a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, de manera eficaz.

Relación con el terapeuta:

Debido al puntaje obtenido, se puede llegar a la conclusión de que la participante ha integrado su relación con la terapeuta como una parte del apoyo con que cuenta en el manejo de su malestar en un nivel bajo, si bien puede favorecer la dependencia terapéutica, también es un importante indicador de adhesión adecuada al tratamiento, por lo que la participante A no cuenta con un nivel bueno en cuanto a adherencia terapéutica se refiere. En su caso, logró 7 puntos al inicio del tratamiento, puntuó 11 al finalizar el tratamiento y 12 en el seguimiento a 3 meses.

Tiempo libre:

Esta escala indica que el proceso terapéutico no obstaculiza sus actividades recreativas. Es un indicador de posesión de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales. La participante obtuvo 2 puntos en el inicio y 16 al final del tratamiento, logrando 14 puntos en el seguimiento a 3 meses, teniendo como

base este puntaje se concluye que la participante A logró una mejoría notable con respecto a sus habilidades debido al tratamiento recibido.

Vida cotidiana:

La participante logró administrar las rutinas que requiere el manejo de su proceso terapéutico sin que representen cargas o pérdida del bienestar, a lo largo del tratamiento mejoró en esta escala, ya que en un inicio obtuvo 6 puntos, cuando finalizó el tratamiento llegó a los 20 puntos y en el seguimiento a 3 meses logró mantenerse en ese nivel, mostrando así que el tratamiento otorgó a la participante A habilidades para administrar su tiempo y sus actividades de forma que no le representen una carga.

Las escalas negativas arrojaron los siguientes resultados de forma individual para la participante A:

Aislamiento:

De acuerdo a la puntuación se puede observar que de la Participante A no percibe ser apreciada, no se considera merecedora de la estima de quienes la rodean. Al finalizar el tratamiento esta puntuación aumenta debido a que se contrarrestan estas creencias, sin embargo en el seguimiento a 3 meses disminuye la puntuación.

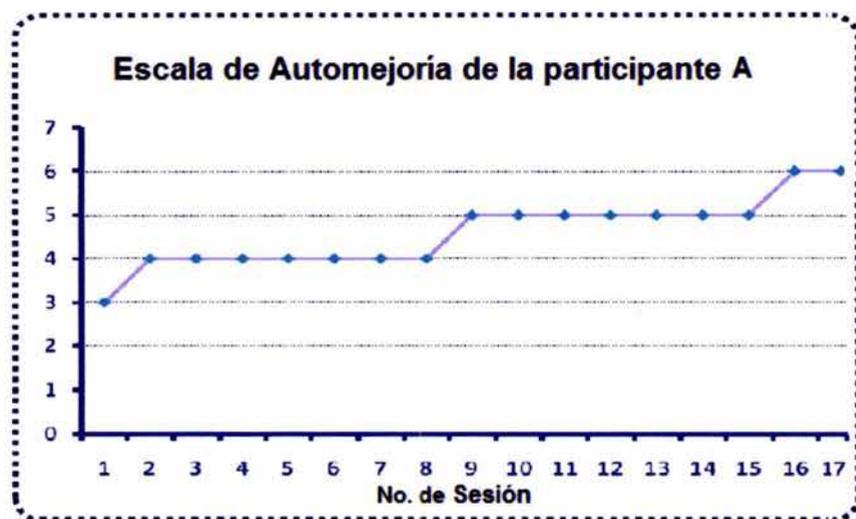
Dependencia terapéutica:

La puntuación inicial de esta escala indica que la participante no se reconoce como generadora de su condición de salud, manifestando que no tiene problemas y que el tratamiento recibido no le ayuda, hay poco interés en general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su trastorno, al finalizar el tratamiento la participante se responsabiliza un poco más de su salud mental esto es resultado de hacerle visible la severidad de su problemática.

Preocupaciones:

La participante se encuentra hipervigilante ante cualquier señal que interprete como molesta o de fastidio, a lo largo del tratamiento esta percepción

disminuye de forma pausada debido a las creencias irracionales de autosuficiencia y la poca capacidad para recibir ayuda de la participante, al inicio del tratamiento la participante puntúa 8, al finalizar llega a 11 y para el seguimiento a 3 meses logra 12 puntos, la participante posee redes sociales eficaces, se siente apoyada y confortable con quienes la rodean y poco a poco se da cuenta de ello.



Grafica 3 Escala de automejoría de la participante A, puntuación semanal de la percepción de mejoría a lo largo del tratamiento

| Puntuación | |
|------------|-----------------|
| 1 | Muchísimo Peor |
| 2 | Bastante Peor |
| 3 | Un poco Peor |
| 4 | Sin cambios |
| 5 | Un poco Mejor |
| 6 | Bastante Mejor |
| 7 | Muchísimo Mejor |

Cuadro 1 Escala de automejoría semanal, significado de puntuación Likert

La escala de automejoría muestra la percepción que tiene la participante con respecto a su avance semanal a lo largo del tratamiento, como se aprecia en la grafica 3 el aumento de la mejoría es constante a lo largo tratamiento desde la sesión 1 la participante A comienza el tratamiento puntuando 3 en la escala de

automejoría, esto indica que previo al tratamiento la participante se siente "un poco peor" con respecto a 2 semanas anteriores, al pasar 1 semana de tratamiento la participante puntuó 4 que indica "sin cambios" esta puntuación se mantuvo durante 7 sesiones mas, ya que se hicieron las sesiones de evaluación y se comenzó a trabajar con las herramientas de reestructuración cognitiva e identificación y expresión de emociones, la participante mencionaba que no encontraba sentido a cambiar sus pensamientos o reconocer sus emociones cuando ella necesitaba que las personas que la rodean cambiaran. Hacia la sesión 8 la participante incorporo la herramienta de asertividad en el tratamiento, la participante mencionó que esta herramienta le era "mas útil" que las demás por que con ella podía expresarse de forma adecuada y eficaz, así mismo se incorporo la herramienta de solución de conflictos. La puntuación subió a 5 lo cual indica que la participante se sentía "un poco mejor" esta puntuación se mantuvo de la sesión 9 a la 15, las sesiones 16 y 17 se mantuvieron con una puntuación de 6 que indica que la participante se sentía "bastante mejor", la participante comentaba su emoción de poder terminar el tratamiento y "hacer el trabajo ella misma" sin la ayuda de la terapeuta.

Como se menciona en algunas de las escalas reportadas la participante A tiene comorbilidad con el uso de sustancias como el alcohol y el tabaco, desde el inicio del tratamiento, razón por la cual se le recomienda iniciar proceso terapéutico a la par de este para tratar estas conductas de consumo, la participante se muestra renuente a iniciar dicho proceso, por lo que se le advierte que su mejoría será en un nivel mínimo, esto explica las puntuaciones de la participante a lo largo de la pruebas psicológicas aplicadas y que los resultados conductuales tengan niveles bajos con respecto al uso de las herramientas. Ávila Escribano y González Parra (2007) mencionan que:

"Hay tres posibles hipótesis que pueden influir en este fenómeno. En primer lugar, la percepción social negativa que siempre se ha tenido del alcoholismo en la mujer que provoca en ésta mecanismos defensivos como negación y ocultación o bien manifestándose a través de síntomas psicopatológicos (depresión y ansiedad) por lo que o no solicita ayuda o busca otros tipos de

recursos, como los privados. En segundo lugar, puede que el diagnóstico de alcoholismo en la mujer se realice con menor frecuencia, debido a la menor sensibilidad de los procedimientos diagnósticos que se utilizan en la actualidad, validados probablemente en muestras masculinas. La tercera hipótesis sería la escasa detección del alcoholismo por parte de los profesionales de salud mental, cuando se presenta asociado a síntomas depresivos y ansiosos, bien por que no se sospeche o bien porque se considere secundario al trastorno depresivo o de ansiedad."

5.2 Participante B.

Se trata de una mujer de 42 años, delgada, morena, con un tono de voz y volumen adecuado así como una habla fluida y tranquila, la participante tiene un aspecto pulcro, usa lentes y tiene el cabello negro, lacio, se ve acorde a la edad, como profesión menciona ser profesora ya que estudio una Licenciatura tecnológica en danza, además de tomar un diplomado de psicoterapia Gestalt y dar servicios terapéuticos, vive en Oaxaca en unión libre y se encuentra ubicada en lugar, tiempo y espacio, el tratamiento duro un total de 18 sesiones, iniciando tratamiento en Enero de 2010 y terminándolo en Mayo del mismo año

El motivo de consulta fue "Poner en "orden" mi vida, ir encontrando un equilibrio personal para posteriormente trabajar con las personas que sean clientes o pacientes", referido por la paciente

Los antecedentes recolectados indican que la Participante B se muestra demasiado agobiada menciona realizar tareas y jornadas dobles en casa y en el trabajo, así como estudiar la carrera de Psicología vía Internet, pertenecer a un grupo de *boy scouts* y ser *terapeuta* Gestalt, refiere que no le gusta dejar las cosas a medias, o no cumplir con algún compromiso que haya aceptado previamente, no puede negarse ante las peticiones de su pareja sentimental, tiene miedo que ante recibir una negativa y que su pareja se enoje y que sea

debido a esta razón él la abandone, también tiene problemas al ser asertiva ya que toma demasiado en cuenta la opinión que tienen los demás de ella. Otro dato de importancia es que la participante B estuvo en formación Humanista (diplomado en desarrollo humanos) y ahí comenzó su trabajo personal, con psicoterapia Gestalt, donde pudo “cerrar ciclos de vida pasada”, facilitando la capacidad de toma de decisiones en un presente inmediato.

Se diagnosticó a la participante B como: Depresión Leve, según los criterios diagnósticos del DSMIV (1994)

La participante refirió haber tenido depresión incluso con pérdida de peso, sin embargo a lo largo de la entrevista se indagó sobre la misma y no se encontraron síntomas referentes a depresión, por otra parte, si se encontraron síntomas distímicos referentes a la problemática por la que participante solicita el tratamiento.

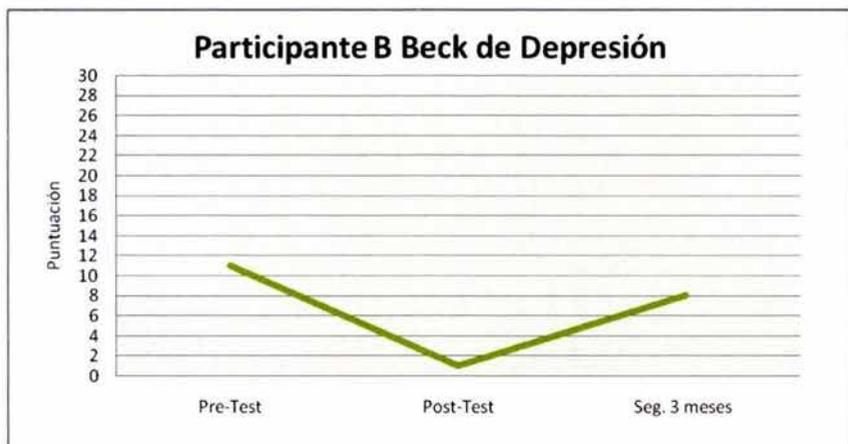
Tabla 6 Evaluación del uso de las técnicas y herramientas utilizadas en el tratamiento para la participante B

| Herramienta o técnica utilizada | Situación del uso de la herramienta o técnica de la participante en sesión de entrenamiento | Observaciones específicas del uso de la herramienta o técnica de la participante después de la sesión o del entrenamiento en la misma |
|---------------------------------|---|---|
| Entrevista presencial | Se utilizó la técnica por videoconferencia, así como el llenado de instrumentos y evaluaciones utilizadas en Psicoterapia Vía Internet. | Se pidió a la participante que contestara las evaluaciones y las enviara por correo electrónico antes de la siguiente sesión. También se estableció un diagnóstico y metas terapéuticas para el trabajo posterior en las sesiones siguientes. |
| Reestructuración cognitiva | Se trabajó la herramienta, elaborando frases para contrarrestar las creencias irracionales que se han generado. | La participante tenía la consigna de elaborar y utilizar estas frases en cada momento en el que se presentaran los síntomas o estuviera expuesta a una situación que le causara ansiedad o sensación de perder el control. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Identificación y expresión de emociones</p> | <p>El procedimiento para esta herramienta fue la elaboración un ejercicio para lo cual ella utilizó varias de sus emociones especialmente la emoción de la apatía o poca motivación para realizar sus actividades.</p> | <p>La participante escribió una carta de emociones a su pareja, se la entregó y habló con el acerca de la misma.</p> |
| <p>Asertividad</p> | <p>Se hicieron ejercicios en los que se retomaban experiencias del autoregistro semanal y se trataba de dar una respuesta asertiva que expresara las necesidades de la participante.</p> | <p>Se asignaron tareas con respecto a poner a prueba la herramienta, como expresar sus sentimientos y necesidades.</p> |
| <p>Resolución de conflictos</p> | <p>Utilizando nuevamente una de las experiencias reportadas en el autoregistro semanal se trato de resolver a través de Role-playing en sesión con el uso de la herramienta.</p> | <p>Se pidió a la participante que usara esta técnica para generar una agenda en a que pudiese elegir entre las actividades que le eran necesarias y las que podría dejar a cargo de alguien más.</p> |

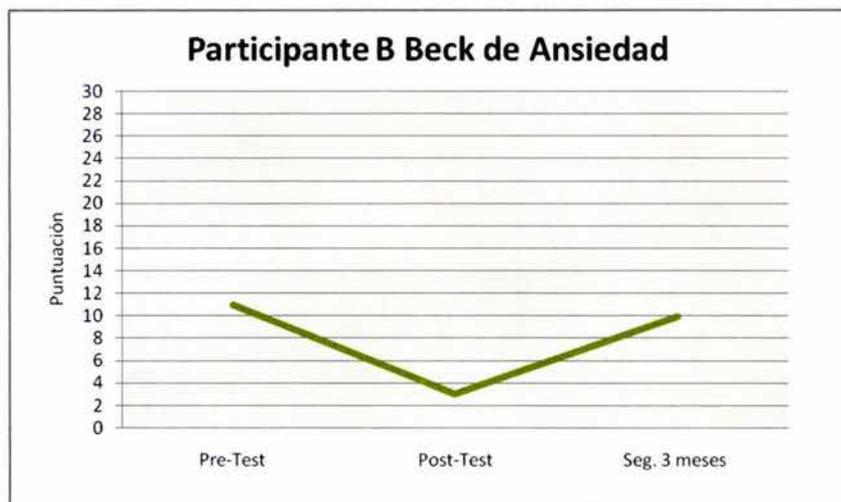
La participante fue capaz de aprender y llevar a la práctica las técnicas aprendidas a lo largo de la terapia, esto logro que disminuyera los niveles de ansiedad y depresión, causando un aumento en el nivel de autoestima y del nivel de calidad de vida.

A continuación se enlistan las pruebas aplicadas a la participante B, las cuales fueron: Inventario Beck Ansiedad, Inventario Beck Depresión, Inventario de Calidad de vida, Escala de automejoría semanal. Como resultado de la comparación pre-tratamiento, post-tratamiento y Seguimiento a 3 meses se obtuvo lo siguiente:



Grafica 4 comparación de la evaluación de Beck de Depresión Pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a 3 meses para la participante B

En la grafica 4 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir Depresión de la participante B, obteniendo que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de Depresión como "Leve". Al finalizar el tratamiento la participante A obtuvo una baja al nivel de "Mínima", la cual incremento para el seguimiento a 3 meses apenas por encima del nivel mínimo llegando al nivel de "Leve", en general la participante B obtuvo una disminución significativa en cuanto al nivel de Depresión se refiere, es importante notar que aunque aumento en el Seguimiento a 3 meses aun se mantiene por debajo del nivel inicial



Grafica 5 comparación de la evaluación de Beck de Ansiedad Pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a 3 meses para la participante B

En la grafica 5 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir el nivel Ansiedad de la participante B, que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de Ansiedad "Leve". Al finalizar el tratamiento la participante A bajó al nivel de "Mínima", la cual incrementó para el seguimiento a 3 meses al nivel de "Leve" sin embargo se mantuvo por debajo del nivel inicial, mostrando que la participante tiene beneficios aún después del tratamiento.

Tabla 7. Evaluación de Calidad de vida y salud Pre- Test, Post- Test y Seguimiento a 3 meses de la participante B

| Nombre de la escala (Positivas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| Actitud ante el tratamiento | 13 | 20 | 20 |
| Desempeño físico | 8 | 14 | 17 |
| Familia | 16 | 9 | 15 |
| Funciones cognitivas | 10 | 19 | 19 |
| Percepción corporal | 8 | 18 | 18 |
| Percepción de bienestar y salud | 3 | 5 | 5 |
| Redes sociales | 3 | 10 | 14 |
| Relación con el terapeuta | 14 | 8 | 15 |
| Tiempo libre | 9 | 19 | 17 |
| Vida cotidiana | 10 | 20 | 18 |
| Nombre de la escala (Negativas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
| Aislamiento | 14 | 20 | 17 |
| Dependencia terapéutica | 14 | 18 | 20 |
| Preocupaciones | 8 | 19 | 19 |

Las puntuaciones de la percepción del nivel de calidad de vida de la participante B Antes, Durante y Después de 3 meses del tratamiento, se describen en 2 apartados, uno para las escalas positivas y otro para las negativas, las primeras escalas en describirse serán las positivas.

Actitud ante el tratamiento:

La participante B obtuvo, al inicio del tratamiento, un puntuación de 13 puntos en una escala de 20, indicando que tiene una buena actitud ante el tratamiento, al finalizar el mismo, la paciente eleva esta puntuación a su nivel máximo y se mantiene esta percepción aun en el seguimiento a 3 meses, indicando que comprende la importancia de seguir el tratamiento en el manejo de su salud, además de que asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva. Este indicador nos muestra que tipo de adhesión terapéutica presenta la participante

Desempeño físico:

Obtener un puntaje alto en esta escala indica que el proceso de enfermedad no ha afectado el desempeño habitual, en el caso de la participante B, podemos ver que no ha permitido que esto ocurra, también es indicador de

independencia y autoeficacia, ya que la participante B comienza el tratamiento con una puntuación de 8, al finalizar el mismo alcanza los 14 y en el seguimiento a 3 meses logra aumentar a 17, debido a ello podemos deducir que tiene un buen desempeño físico debido al tratamiento recibido.

Familia:

En esta escala la participante B logra puntuar 16 al inicio del tratamiento, al llegar al final del tratamiento baja a 9 y en el seguimiento a 3 meses obtuvo 15 puntos, en general puntuaciones altas indican que al menos para un miembro de la familia, la participante B es importante y esto le representa apoyo y afecto significativo, en el caso de la puntuación de Post-test, debido a los ejercicios de asertividad la participante B percibe problemas de interacción propios del cambio conductual al expresar las cosas que le desagradan en el contexto familiar.

Funciones cognitivas:

Al inicio del tratamiento encontramos que la participante obtuvo una puntuación de 10, cuando terminó el tratamiento la participante registró 19 puntos y en el seguimiento a 3 meses mantuvo la puntuación de 19, se puede decir que la participante B posee capacidad de concentración, aprendizaje y recuperación de la información. Es un indicador de un nivel razonable de bienestar emocional.

Percepción corporal:

Vemos que al inicio del tratamiento la participante cuenta con 8 puntos de esta escala, logrando una puntuación de 18 puntos al llegar al final misma que se mantuvo en el seguimiento a 3 meses, debido a la puntuación obtenida por la participante B se puede decir que en general se percibe como una persona atractiva, posee un autoconcepto que le permite considerarse interesante, agradable, podemos apreciar que la Participante B logra una notable mejoría en este aspecto.

Percepcion de bienestar y salud :

Esta escala indica la percepcion de la participante con respecto a su bienestar y salud en general, la puntuacion maxima es de 5 y la minima de 0, la participante B puntuó 3 en esta escala, aumentó este puntaje a 5 y se mantuvo así para el seguimiento a 3 meses. Lo cual indica que la participante percibe una mejoría notable en un aumento de bienestar que se ve reflejada en los puntajes.

Redes sociales :

Al inicio del tratamiento la participante B tuvo una puntuación baja de 3 puntos, cuando la participante finalizó el tratamiento obtuvo 10 y en el seguimiento a 3 meses su puntuación fue de 14, esto quiere decir que la Participante B cuenta con personas a su alrededor que pueden ayudarlo a resolver contingencias cotidianas o inesperadas de manera eficaz. En general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia, sin embargo la participante no percibía este apoyo de su red social antes del tratamiento y la mejoría es notable al comparar estos puntajes.

Relación con el terapeuta:

La Participante B logró 14 puntos al inicio del tratamiento , puntuó 8 al finalizar el tratamiento y 15 en el seguimiento a 3 meses, lo cual indica que mientras estuvo en el programa logró la mayor puntuación y una mejor relación con el terapeuta, indicando que la participante ha integrado su relación con la terapeuta como una parte del apoyo con que cuenta en el manejo de su malestar, es un importante indicador de adhesión adecuada al tratamiento, la puntuación baja hacia el fin del tratamiento es debido a que la participante percibe una especie de abandono por parte de su terapeuta ya que se acerca al cierre del tratamiento, al pasar los 3 meses la puntuación aumento por que la Participante B logró ser autosuficiente.

Tiempo libre:

Una puntuación alta indica que el proceso terapéutico no obstaculiza las actividades recreativas de la participante. También es un indicador de posesión de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales, La participante B obtuvo

9 puntos en el inicio, al final del tratamiento 19 y logro 17 en el seguimiento a 3 meses, cuando llego al fin del tratamiento la participante dejo compromisos que considero que no eran benéficos en ese momento y le impedían tener actividades que le brindaran un espacio de libre de preocupaciones.

Vida cotidiana:

La participante logró manejar las rutinas que requiere la dirección de su proceso terapéutico sin que representen cargas o pérdida del bienestar, a lo largo del tratamiento la Participante B en un inicio puntuó 10 puntos, cuando finalizo el tratamiento llego a los 20 puntos y en el seguimiento a 3 meses logró 18 puntos, es explicable esta puntuación con respecto al tiempo dedicado al tratamiento, por eso la puntuación baja en el seguimiento a 3 meses, sin embargo la participante logra una correcta administración de su tiempo en sus actividades.

En esta parte se encuentran descritas las escalas negativas del Inventario de Calidad de Vida y Salud para la participante B

Aislamiento:

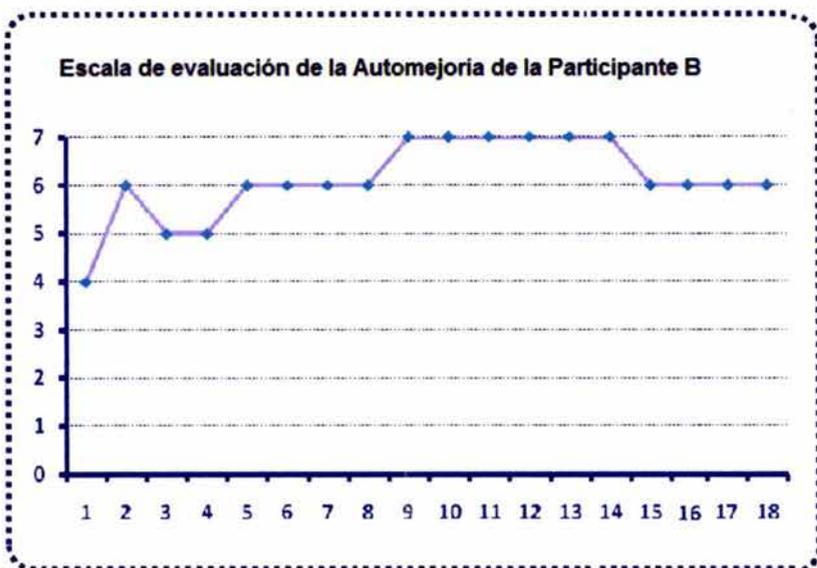
De acuerdo a la puntuación de la participante B inferimos que percibe una sensación de vacío constante, no existen redes sociales de apoyo o son ineficaces, además de que su presencia no tiene un significado importante para otras personas o para si misma. Esta escala indica parte de su sintomatología depresiva, lo cual concuerda con la puntuación del inventario de Depresión de Beck, al inicio del tratamiento la participante tuvo 14, cuando logro terminar el tratamiento la participante aumento a 20 puntos y en el seguimiento a 3 meses obtuvo 17, como se explico anteriormente, hacia el final del tratamiento la participante utiliza las herramientas aprendidas y aumenta en su conducta asertiva, debido a la reacción de las personas que le rodean puede crearse una sensación de aislamiento, sin embargo como muestra la puntuación final, la participante comienza a manejar esta sensación.

Dependencia terapéutica:

En esta escala una puntuación alta implica una actitud tranquila sobre el cuidado de su salud, asimismo que hay poco interés en general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su trastorno; en un principio la participante puntúa 14 , al terminar el tratamiento su puntuación sube a 18 y en el seguimiento a 3 meses aumenta a 20, podría explicarse esta actitud de poca dependencia terapéutica con la profesión de la participante ,ya que al ser estudiante de Psicología, comprende acerca de la importancia de recibir y completar una tratamiento psicológico, además de que desde el inicio del tratamiento se muestra propositiva con respecto a sus tareas en casa y ejercicios a realizar.

Preocupaciones:

Una puntuación alta indica que la participante se encuentra hipervigilante ante cualquier señal que interprete como molestia fastidio, debido a que el trabajo con creencias irracionales y asertividad implicaba para ella dar a conocer sus ideas, opiniones, etc., se entiende el aumento en esta escala por que el uso de las herramientas generaban preocupación en la participante B ya que temía que ser asertiva implicaría rechazo de las personas que la rodean.



Grafica 6 Escala de automejoria de la participante B, puntuación semanal de la percepción de mejoría a lo largo del tratamiento

| Puntuación | |
|------------|-----------------|
| 1 | Muchísimo Peor |
| 2 | Bastante Peor |
| 3 | Un poco Peor |
| 4 | Sin cambios |
| 5 | Un poco Mejor |
| 6 | Bastante Mejor |
| 7 | Muchísimo Mejor |

Cuadro 2 Escala de automejoria semanal, significado de puntuación Likert

La escala de automejoría es una puntuación de la percepción de la participante con respecto a su avance semanal a lo largo del tratamiento, como se aprecia en la grafica 6 en la sesión 1 se encuentra el nivel más bajo que registra la participante B con 4 puntos, hacia la sesión 2 la participante puntúa 6 en la escala, para las sesiones 3 y 4 la participante estabiliza en 5 puntos, hacia la sesión 5 y hasta la 9 hay un cambio a 6 puntos, este cambio se debe a que la participante incorpora el uso e sus herramientas de resolución de conflictos a sus problemas y logra solucionarlos de forma asertiva, para la sesión 9 y hasta la 14 aumenta a 7, hacia el final del tratamiento se observa

una baja en el nivel de la percepción de la automejoría ya que como se explico antes se acerca al cierre del tratamiento.

La participante B mostro cierto grado de dificultad para trabajar con la herramienta de asertividad, por las resistencias relacionadas con creencias irracionales antes mencionadas. Las pruebas demuestran que la participante toma con un alto grado de temor las respuestas de su entorno, sin embargo los resultados del seguimiento a 3 meses indican que la participante continuo con el uso de sus herramientas y hay una mejora paulatina, aunado a esto se puede ver que si bien la participante ha tenido poco manejo en la administración de sus actividades, ha podido manejar de forma adecuada sus tiempos, como resultado del tratamiento.

5.3 Participante C.

Se presentó participante femenino de 22 años cumplidos al momento de la entrevista inicial, nació en Saltillo Coahuila y actualmente vive en Hidalgo , es soltera y de ocupación estudiante de la licenciatura de Psicología por modalidad a distancia, como características físicas, es de complexión delgada, estatura media, aproximadamente 1.60m, piel morena clara, cabello mediano, lacio, ojos color café oscuro, utiliza lentes, la vestimenta que utiliza es acuerdo a su edad, durante la entrevista, su tono de voz es adecuado, se presenta tranquila, el habla es fluida y se encuentra ubicada en lugar, tiempo y espacio, el tratamiento duro un total de 8 sesiones, iniciando tratamiento en abril de 2010 y terminándolo en julio de ese año, debido a que fue canalizada por otro terapeuta de la misma modalidad, razón por la cual se retomo a la participante y se adecuo el tratamiento ya que tuvo 6 sesiones previas al momento de la canalización.

El Motivo de Consulta de la participante es el siguiente: "Quiero tener ayuda profesional ya que siento que sola no puedo enfrentar y asimilar algunas situaciones por las que paso, además siento que me enoja mucho con las personas" referido por la participante.



Los antecedentes recolectados en la entrevista inicial fueron los siguientes: la participante vive con sus papás, tiene una hermana mayor pero esta vive en otra casa, comenta que tiene problemas de comunicación con sus padres, esto debido a su impulsividad, otro factor, es que la integran a las discusiones de pareja pidiendo su opinión con respecto al tema discutido. Actualmente no tiene una pareja esto debido a que abortó a los 16 años y menciona no haber superado dicho evento, esta situación no ha sido comentada con nadie de su familia pero en ocasiones es constante el recuerdo del aborto y considera que no fue una decisión correcta, se siente culpable por haberlo hecho, otro factor el cual le afecta es que la pareja que tenía en ese momento junto con la madre de su pareja le dieron un medicamento para abortar, la paciente menciona que siente que de no hacerle caso a la mamá de su pareja habría tomado la decisión de tener a su bebé.

Se diagnosticó a la participante C como: Depresión Leve, según los criterios diagnósticos del DSMIV (1994).

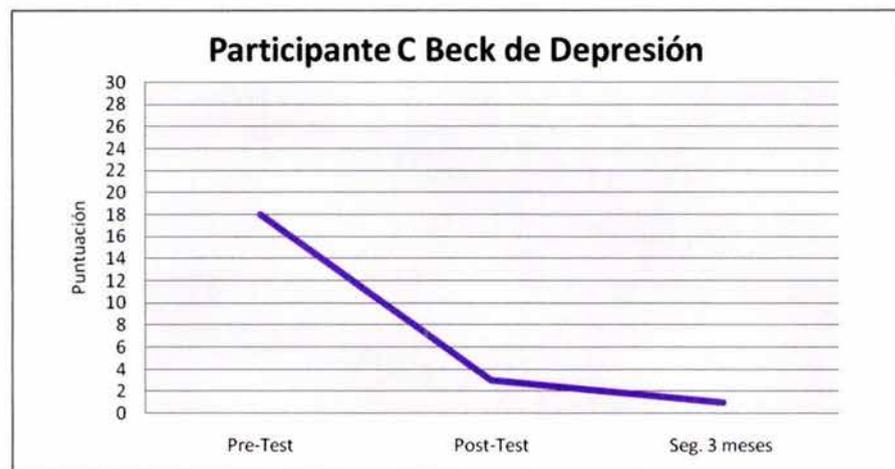
Tabla 8. Evaluación del uso de las técnicas y herramientas utilizadas en el tratamiento para la participante C

| Herramienta o técnica utilizada | Situación del uso de la herramienta o técnica de la participante en sesión de entrenamiento | Observaciones específicas del uso de la herramienta o técnica de la participante después de la sesión o del entrenamiento en la misma |
|---------------------------------|---|--|
| Entrevista presencial | Se utilizó la técnica por videoconferencia | Debido a que ya había sido entrevistada previamente y se contaba con los instrumentos y evaluaciones, esta técnica se usó para indagar dudas referentes a el motivo de consulta, con los resultados de la entrevista que se aplicó y las evaluaciones obtenidas se generó un nuevo diagnóstico, también se establecieron metas |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Reestructuración cognitiva | Se trabajó la herramienta para hacer reestructuración cognitiva, elaborando frases para contrarrestar las creencias | terapéuticas para el trabajo de las sesiones siguientes La participante conocía dicha técnica se utilizó role playing para verificar el manejo de la misma. La participante tenía la consigna de elaborar y utilizar estas frases en cada momento en el que se presentaran los síntomas o estuviera expuesta a una situación que le genere enojo |
| | El procedimiento para esta herramienta fue un ejercicio de para lo cual ella utilizó varias de sus emociones especialmente para enojo y el poco control de impulsos | Se pidió a la participante que elaborara una carta de emociones, la elaboró y al preguntarle que quería hacer con ella, mencionó que quería guardarla y cuando sintiera la suficiente confianza la entregaría a su ex pareja. |
| Asertividad | Se hicieron ejercicios en los que se retomaban experiencias del autoregistro semanal y se trataba de dar una respuesta asertiva que expresara las necesidades de la participantes a través de role playing | Se asignaron tareas con respecto a poner a prueba la herramienta, como expresar sus sentimientos a sus padres |
| Resolución de conflictos | Se tomó una de las metas de tratamiento de la participante para aplicar esta herramienta | Se pidió a la participante que usara esta técnica para generar una agenda en la que pudiese elegir entre actividades que eran necesarias hacer y las que le representaban un desgaste de tiempo |

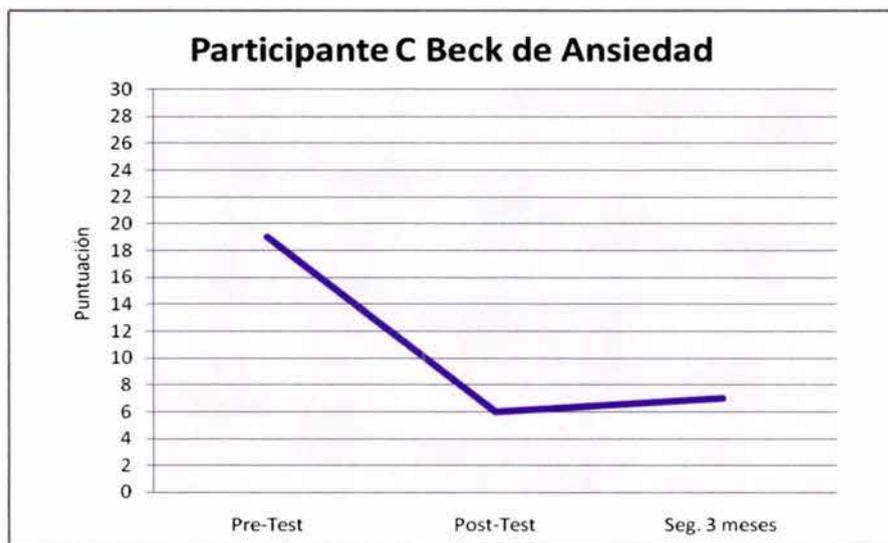
Las pruebas aplicadas a la participante C fueron el Inventario Beck Ansiedad, Inventario Beck Depresión, Inventario de Calidad de vida, Escala de automejoría semanal. Como resultado de la comparación pre-tratamiento, post-tratamiento y Seguimiento a 3 meses se recolectó la siguiente

información.



Grafica 7 comparación de la evaluación de Beck de Depresión Pre-tratamiento, Post-Tratamiento y Seguimiento a 3 meses para la participante C

En la grafica 7 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir Depresión de la participante C, obteniendo al inicio del tratamiento un puntaje de Depresión como "Moderada". Al finalizar el tratamiento la participante A obtuvo una baja al nivel de "Mínima", la cual disminuyó dentro del mismo nivel al puntaje de "Mínima" pero con la puntuación más baja.



Grafica 8 comparación de la evaluación de Beck de Ansiedad Pre-Tratamiento, Post-Tratamiento y Seguimiento a 3 meses para la participante C

En la gráfica 8 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir Ansiedad de la participante C, que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de Ansiedad como "Moderada". Al finalizar el tratamiento la participante A bajó al nivel de "Mínima", la cual aumento para el seguimiento a 3 meses al nivel de "Leve", mostrando que la participante tiene beneficios aun después del tratamiento y que el tratamiento es causa de los mismos.

Tabla 9. Evaluación de Calidad de vida y salud Pre- Test, Post- Test y Seguimiento a 3 meses de la participante C

| Nombre de la escala (Positivas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| Actitud ante el tratamiento | 18 | 20 | 20 |
| Desempeño físico | 17 | 18 | 17 |
| Familia | 16 | 18 | 18 |
| Funciones cognitivas | 4 | 16 | 15 |
| Percepción corporal | 13 | 18 | 13 |
| Percepción de bienestar y salud | 3 | 5 | 5 |
| Redes sociales | 18 | 20 | 19 |
| Relación con el terapeuta | 15 | 16 | 18 |
| Tiempo libre | 7 | 18 | 17 |
| Vida cotidiana | 7 | 16 | 17 |
| Nombre de la escala (Negativas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
| Aislamiento | 11 | 20 | 20 |
| Dependencia terapéutica | 7 | 16 | 20 |
| Preocupaciones | 4 | 14 | 16 |

Las puntuaciones del nivel de calidad de vida de la participante C antes, durante y 3 meses después del tratamiento, muestra que la percepción de bienestar aumentan al paso del tiempo para mayor claridad se dividió este instrumento en escalas positivas y negativas, describiéndose primero las escalas positivas.

Actitud ante el tratamiento:

La participante comprende la importancia del tratamiento y su impacto en su de salud. Asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria. Este es el indicador más poderoso de adhesión terapéutica, al inicio del tratamiento, la puntuación fue de 18 puntos en una escala que va de 0 a 20, indicando que la participante tiene una buena actitud ante el tratamiento, al finalizar el mismo, la paciente eleva esta puntuación a su nivel máximo y se mantiene esta puntuación aún en el seguimiento a 3 meses.

Desempeño físico:

Una Puntuación alta en esta escala muestra que el proceso terapéutico no ha afectado el desempeño habitual, o bien, no ha permitido que esto ocurra,

también es indicador de independencia y autoeficacia, en el caso de la participante C comienza el tratamiento con una puntuación de 17 puntos, al finalizar llega a los 18 y en el seguimiento a 3 meses vuelve a 17, debido a ello podemos inferir que tiene un buen desempeño físico.

Familia:

La participante C obtiene en esta escala al inicio del tratamiento 16 puntos, al llegar al final del tratamiento logra 18 y mantiene esta puntuación en el seguimiento a 3 meses, en general las puntuaciones altas indican que al menos para un miembro de la familia, la participante es importante y le representa apoyo y afecto significativo.

Funciones cognitivas:

Al inicio del tratamiento se observa que la participante obtuvo una puntuación de 4, cuando terminó se registró 16 puntos y en el seguimiento a 3 meses bajó a 15 puntos, se puede decir que la participante tiene capacidad de concentración, aprendizaje y recuperación de la información así como un nivel razonable de bienestar emocional. Se puede explicar la baja puntuación al inicio del tratamiento por que la participante no era capaz reconocer en ella misma las capacidades antes descritas en esta escala.

Percepción corporal:

Debido a la puntuación obtenida en esta escala, se puede decir que la participante se percibe como una persona atractiva, posee un autoconcepto que le permite considerarse normal (como siempre ha sido y/o sin peculiaridades). Al inicio cuenta con 13 puntos de esta escala, logrando una puntuación de 18 puntos al final del tratamiento, retoma 13 puntos para el seguimiento a 3 meses, indicando que la participante para el seguimiento no ha elaborado del todo las herramientas aprendidas a lo largo del tratamiento.

Percepción de bienestar y salud :

Esta escala indica la percepción de la participante con respecto a su bienestar y salud general, la puntuación máxima es de 5 y la mínima de 0, al inicio del tratamiento, la participante tuvo 3 en esta escala, aumentó este puntaje a 5 y

se mantuvo así para el seguimiento a 3 meses, significa que el tratamiento es lo que aumenta la percepción de la participante con respecto a una mejoría en su nivel de bienestar y salud

Redes sociales :

Al inicio del programa la participante sumó 18 puntos, cuando la participante finalizó el tratamiento obtuvo 20 y en el seguimiento a 3 meses su puntuación fue de 19, lo cual quiere decir que ella cuenta con personas a su alrededor que pueden ayudarle a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, de manera eficaz. En general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y su nivel de autoeficacia.

Relación con el terapeuta:

La participante ha integrado su relación con el terapeuta como una parte del apoyo con que cuenta en el manejo de su malestar, este es un importante indicador del nivel de adhesión adecuada al tratamiento. En el caso de la participante C, logró 15 puntos al inicio del tratamiento, puntuó 16 al finalizar el tratamiento y aumentó a 18 en el seguimiento a 3 meses, lo cual indica que aun después del tratamiento logró la mayor puntuación y percibe que su relación con el terapeuta fue adecuada.

Tiempo libre:

Puntuaciones altas muestran que el proceso terapéutico no obstaculiza sus actividades recreativas, esta escala se toma como un indicador de posesión de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales, La participante C obtuvo 7 puntos en el inicio, la puntuación al final fue de 18 puntos, en el seguimiento a 3 meses 17 mostrando así su capacidad para llevar a cabo una buena administración de su tiempo y actividades después del tratamiento.

Vida cotidiana:

La participante logró administrar las rutinas que requiere el manejo de su proceso terapéutico sin que representen cargas o pérdida del bienestar, a lo largo del mismo la participante C muestra una mejoría en esta escala, en un inicio puntuó 7 puntos, cuando finalizó el tratamiento llegó a los 16 puntos y en

el seguimiento a 3 meses logró 17 puntos, concluyéndose así que la participante mejora debido al tratamiento recibido.

La división de áreas positiva y negativa del inventario de calidad de vida y salud para la participante C arrojaron los siguientes resultados:

Aislamiento:

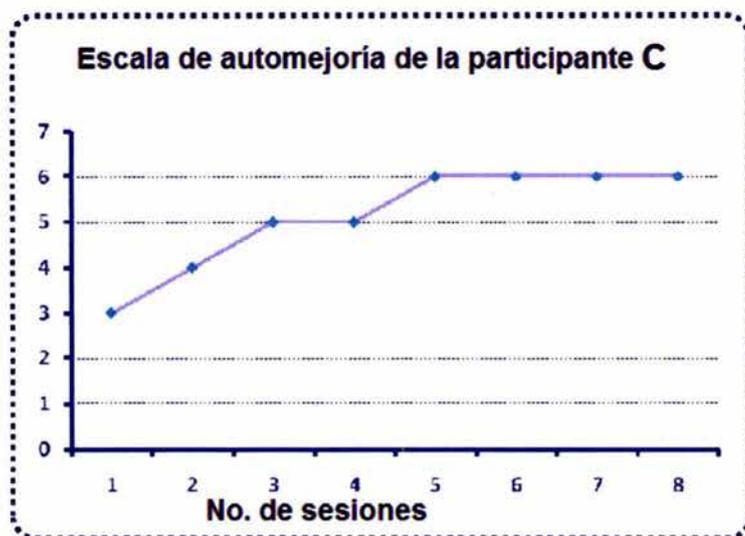
De acuerdo a la puntuación de la participante C, se puede observar que regularmente percibe una sensación de vacío, de igual manera no existen redes sociales de apoyo o son ineficaces. Además de que su presencia no tiene un significado importante para otras personas o para sí misma, ya que en el pre-tratamiento obtuvo 11 puntos, en el Post tratamiento y seguimiento a 3 meses, se mantiene en 20 puntos, este aumento podría explicarse en que la participante terminaba el semestre a distancia y estaba agobiada con trabajos escolares y practicas.

Dependencia terapéutica:

Una puntuación alta implica una actitud pasiva sobre el cuidado de su salud. Hay un desinterés general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su enfermedad, la participante C al inicio puntúa 7 , al terminar el tratamiento su puntuación sube a 16 y en el seguimiento a 3 meses aumenta a 20, podría explicarse esta actitud ya que al ser estudiante de Psicología, comprende acerca de la importancia de recibir y completar una tratamiento psicológico y que en este proceso el terapeuta juega un rol activo pero que no depende de la terapeuta la mejoría de la participante.

Preocupaciones:

La Participante C se encuentra alerta a cualquier señal que interprete como molestia fastidio, en un principio la paciente obtiene 4 puntos, los cuales suben al finalizar el tratamiento a 14 puntos y suben aún mas en el seguimiento a 3 meses a 16, debido a que la participante está finalizando su semestre escolar es posible que estas puntuaciones se deban a esa razón.



Grafica 9 Escala de automejoría de la participante C, puntuación semanal de la percepción de mejoría a lo largo del tratamiento

| Puntuación | |
|------------|-----------------|
| 1 | Muchísimo Peor |
| 2 | Bastante Peor |
| 3 | Un poco Peor |
| 4 | Sin cambios |
| 5 | Un poco Mejor |
| 6 | Bastante Mejor |
| 7 | Muchísimo Mejor |

Cuadro 3 Escala de automejoría semanal, significado de puntuación Likert

La escala de automejoría mide la percepción de la participante con respecto a su mejora semanal a lo largo del tratamiento, como se aprecia en la grafica 9 la participante comienza con una puntuación de 3 "un poco peor", aumentando semanalmente un punto de forma constante hasta la sesión 3 debido a que al retomar la canalización de la participante, el tratamiento consistió en retomar las herramientas aprendidas y aplicarlas a la vida diaria de la participante, repitió la misma puntuación en la sesión 4 y aumenta en la sesión 5 al nivel de 6, ese puntaje se estabiliza hasta el final del tratamiento, mostrando que al finalizar el tratamiento la participante percibe una mejoría constante y que aumenta debido a que hace uso de todas las herramientas aprendidas a lo

largo del tratamiento.

Como se menciona en algunas de las escalas la participante C termina el tratamiento en el periodo final del semestre escolar y ya que tenía que entregar trabajos, y presentar exámenes se encuentra que las puntuaciones se ven afectadas por esta razón, también que la participante responde de forma positiva al tratamiento y que retomando lo visto por el terapeuta anterior, la participante logra tener resultados favorecedores al finalizar el proceso terapéutico.

5.4 Participante D.

Se presentó participante femenino de 21 años cumplidos al momento de la entrevista inicial, vive en el Distrito Federal, es soltera y de ocupación estudiante de licenciatura de la Facultad de Psicología, la participante es delgada, cabello chino de color castaño oscuro medianamente largo, estatura media, piel apiñonada, estatura 1.60 m aproximadamente, su apariencia es acorde a su edad, arreglada, aliñada, mantiene una postura corporal erguida pero no es rígida, al momento de la entrevista, su tono de voz es de volumen adecuado, se presenta tranquila, su habla es fluida y se encuentra ubicada en lugar, tiempo y espacio, el tratamiento duro un total de 17 sesiones, iniciando tratamiento en julio de 2009 y terminándolo en Diciembre del mismo año,

El Motivo de Consulta, de la participante D fue "Ansiedad Temor al hablar en público rubor en el rostro y al enfrentarse a una exposición en grupo, no puedo controlar mi ansiedad".

Como antecedentes de la participante D se encontró que se ruboriza desde la primaria, los síntomas parecen agravarse a partir de la preparatoria, no hay motivo desencadenante más allá del temor a las burlas de sus compañeros de grupo, la participante ya acudió a pedir ayuda al Centro de Servicios Médico de la UNAM pero reporta que el servicio otorgado no fue el adecuado y que decidió no acudir más, debido a que el día de su entrevista la terapeuta no le prestó atención y la entrevistaba mientras estaba revisando unos documentos

que estaban en su escritorio, así mismo la participante fue canalizada a una sesión grupal, por esta razón no acudió mas al Centro de Servicios Médicos ya que se decepcionó del trato recibido.

Se diagnostico a la participante D como: Ansiedad Social, según los criterios diagnósticos del DSMIV (1994).

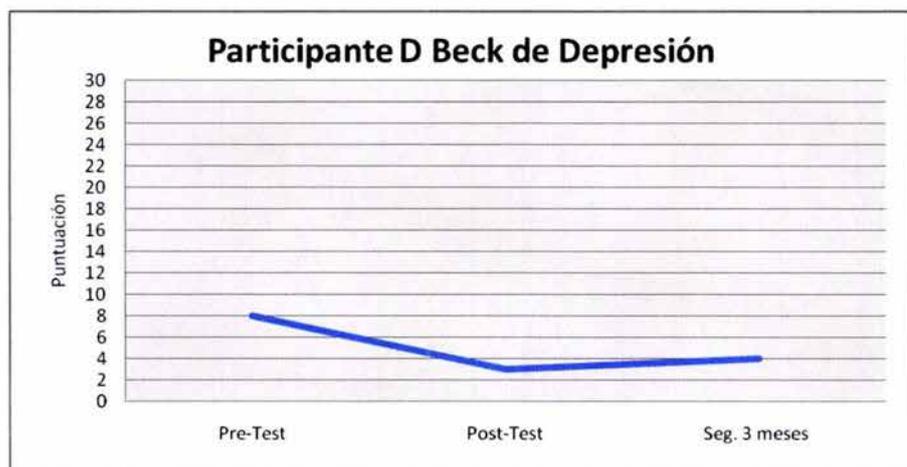
Tabla 10 Evaluación del uso de las técnicas y herramientas utilizadas en el tratamiento para la participante D

| Herramienta o técnica utilizada | Situación del uso de la herramienta o técnica de la participante en sesión de entrenamiento | Observaciones específicas del uso de la herramienta o técnica de la participante después de la sesión o del entrenamiento en la misma |
|---------------------------------|--|---|
| Entrevista presencial | Se utilizo la técnica por videoconferencia | Esta técnica se uso para indaga dudas referentes a el motivo de consulta, con los resultados de l entrevista que se aplico y las evaluaciones obtenidas se gene nuevo diagnostico, también se establecieron metas terapéutica para el trabajo de las sesiones siguientes |
| | Se trabajó con la herramienta, elaborando frases para contrarrestar las creencias, tomadas de los autoregistros semanales. | La participante conocía dicha técnica se utilizo Role- playing para verificar la habilidad desarrollada de la misma. La participante tenía la consigna de elaborar y utilizar estas frases en cada momento en el que se presentaran los síntomas o estuviera expuesta a una situación en la que tuviese que hablar en público. También se asignaron tareas con respecto a su participación en clase en la cual ella misma propuso la tarea y la tasa de participaciones por día, las cuales fueron aumentando a lo largo de tres semanas para después presentar participaciones por iniciativa, sin tener que cumplir con un número específico de participaciones por día |
| Reestructuración Cognitiva | | |

| | | |
|--|--|---|
| Identificación y expresión de emociones | El procedimiento para esta herramienta fue un ejercicio de “cosificación de emociones” para lo cual la participante utilizó varias de sus emociones, pero el trabajo se enfocó más en las emociones provenientes del temor a hablar en público | Se pidió a la participante que elaborara una carta de emociones, la participante escribió la carta para si misma y decidió compartirla con su mamá. |
| Asertividad | Se hicieron ejercicios en los que se retomaban experiencias del autoregistro semanal y se trataba de dar una respuesta asertiva que expresara las necesidades de la participantes a través de Role-playing | Se asignaron tareas con respecto a poner a prueba la herramienta, como expresar su opinión en el salón de clases, participar en los grupos de discusión de sus clases, diciendo su opinión acerca del trabajo en equipo o el trabajo a entregar |
| Resolución de conflictos | Se trabajó con la técnica A-B-C para resolución de conflictos, utilizando nuevamente una de las experiencias reportadas en el autoregistro semanal posterior a esto. | Se pidió a la participante que usara una situación y trabajara con la misma técnica |

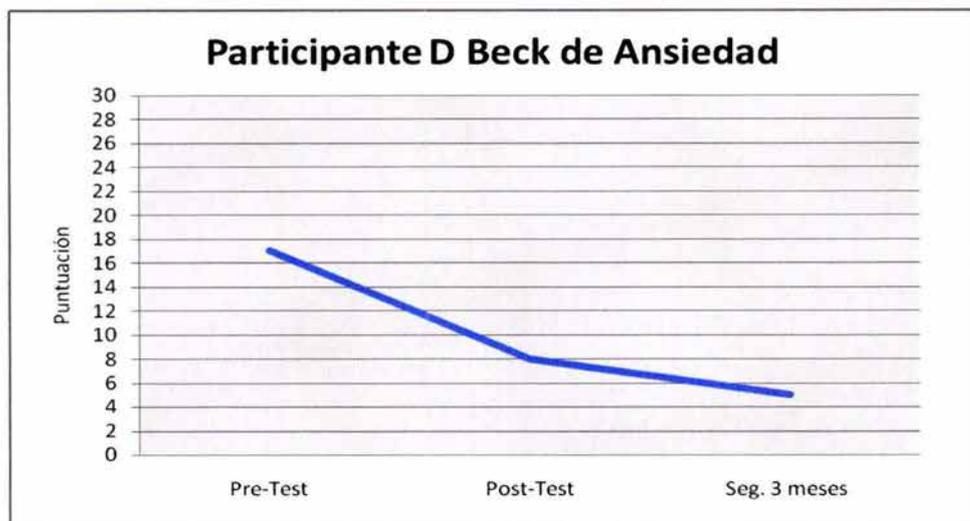
Al finalizar el tratamiento se evaluaron las técnicas aprendidas y el cumplimiento de las metas terapéuticas establecidas al principio del mismo, así como el nivel de satisfacción de la participante con respecto a la terapia, dando así por concluido el tratamiento.

Las pruebas aplicadas a la participante fueron el Inventario Beck Ansiedad, Inventario Beck Depresión, Inventario de Calidad de vida y Escala de automejoría semanal. Como resultado de la comparación pre-tratamiento, post-tratamiento y Seguimiento a 3 meses se obtuvo lo siguiente:



Grafica 10 comparación de la evaluación de Beck de Depresión Pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a 3 meses para la participante D

En la grafica 10 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir Depresión de la participante D, obteniendo que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de Depresión “Leve”. Al finalizar el tratamiento la participante A obtuvo una baja al nivel de “Mínima”, la cual incremento para el seguimiento a 3 meses pero se mantuvo en el nivel de “Mínima”, este puntaje revela que la participante D mantuvo mejoría con respecto a las puntuaciones iniciales, también que durante el tratamiento se obtuvo el nivel más bajo de los que reporto a lo largo del programa de tratamiento.



Grafica 11 comparación de la evaluación de Beck de Ansiedad Pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a 3 meses para la participante D.

En la grafica 11 se muestran los puntajes de la evaluación de la prueba de Beck para medir Ansiedad de la participante D, que al inicio del tratamiento tenía un puntaje de Ansiedad como "Moderada". Al finalizar el tratamiento la participante A bajó al nivel de "Leve", la cual decremento más para el seguimiento a 3 meses al nivel de "Mínima", mostrando que la participante tiene beneficios aun después del tratamiento y que el tratamiento es causa de los mismos, de igual forma se puede observar que aun después del tratamiento los beneficios aumentan con el paso del tiempo, para la participante D aun 3 meses después de ser dada de alta del tratamiento.

Tabla 11. Evaluación de Calidad de vida y salud Pre- Test, Post- Test y Seguimiento a 3 meses de la participante D

| Nombre de la escala (Positivas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| Actitud ante el tratamiento | 17 | 20 | 20 |
| Desempeño físico | 15 | 19 | 17 |
| Familia | 13 | 15 | 14 |
| Funciones cognitivas | 17 | 16 | 17 |
| Percepción corporal | 17 | 19 | 19 |
| Percepción de bienestar y salud | 4 | 5 | 5 |
| Redes sociales | 15 | 19 | 18 |
| Relación con el terapeuta | 11 | 15 | 13 |
| Tiempo libre | 8 | 8 | 15 |
| Vida cotidiana | 16 | 17 | 19 |
| Nombre de la escala (Negativas) | Pre-tratamiento | Post- tratamiento | Seguimiento a 3 meses |
| Aislamiento | 20 | 19 | 19 |
| Dependencia terapéutica | 12 | 18 | 15 |
| Preocupaciones | 17 | 15 | 18 |

Las puntuaciones obtenidas de la Escala de Calidad de vida y salud se reportan en 2 áreas, las que corresponden a las escalas positivas y las negativas, para proporcionar una mejor visión en lo que corresponde a la descripción de las mismas:

Actitud ante el tratamiento:

La participante comprende la importancia de seguir el tratamiento en el manejo de su salud. Asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva. Este es el indicador más poderoso en la escala de adhesión terapéutica, al inicio del tratamiento, la puntuación fue de 17 puntos en una escala que va de 1 a 20, indicando que la participante tiene una buena actitud ante el tratamiento, al finalizar el mismo, la paciente eleva esta puntuación a su nivel máximo y se mantiene este nivel de percepción aún en el seguimiento a 3 meses

Desempeño físico:

Una Puntuación alta en esta escala significa que el proceso de enfermedad no ha afectado el desempeño habitual, o bien, no ha permitido que esto ocurra, también es indicador de independencia y autoeficacia, en el caso de la

participante D, comienza el tratamiento con una puntuación de 15, al finalizar el mismo llega a los 19 y en el seguimiento a 3 meses logra mantenerse en 17, debido a ello podemos inferir que tiene un buen desempeño físico.

Familia:

La participante D obtiene en esta escala al inicio del tratamiento 13 puntos, al llegar al final del tratamiento logra 15 y en el seguimiento a 3 meses obtuvo 14 puntos, en general puntuaciones indican que al menos para un miembro de la familia, la participante es importante y le representa apoyo y afecto significativo.

Funciones cognitivas:

Al inicio del tratamiento encontramos que la participante obtuvo una puntuación de 17, cuando terminó se registró 16 puntos y en el seguimiento a 3 meses retomó 17 puntos, se puede decir que la participante D posee capacidad de concentración, aprendizaje y recuperación de la información. Es un indicador de un nivel razonable de bienestar emocional. Se puede explicar la disminución en la puntuación de finalización del tratamiento por que la participante fue capaz de reconocer estados emocionales que expliquen sentimientos de inutilidad, enojo, o ansiedad que no conocía al inicio del tratamiento y que fueron reestructurados al finalizar el mismo.

Percepción corporal:

Debido a la puntuación obtenida por la participante D se puede decir que en general la participante se percibe como una persona atractiva, posee un autoconcepto que le permite considerarse interesante, agradable o "normal" (como siempre ha sido y/o sin peculiaridades). Al inicio cuenta con 17 puntos de esta escala, logrando una puntuación de 19 puntos al final que se mantuvo en el seguimiento a 3 meses.

Percepción de bienestar y salud :

Esta escala indica la percepción de la participante con respecto a su bienestar y salud general, la puntuación máxima es de 5 y la mínima de 0, al inicio del tratamiento, la participante D puntuó 4 en esta escala, aumentó este puntaje a

5 y se mantuvo así para el seguimiento a 3 meses. Esto indica que la percepción de bienestar y salud aumenta debido al tratamiento y los beneficios que la participante obtiene del mismo.

Redes sociales:

Al inicio del programa la participante A tuvo 15 puntos, cuando la participante finalizó el tratamiento obtuvo 19 y en el seguimiento a 3 meses su puntuación fue de 18, lo cual quiere decir que la Participante D cuenta con personas a su alrededor que pueden ayudarlo a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, de manera eficaz. En general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia.

Relación con el terapeuta:

La participante ha integrado su relación con el terapeuta como una parte del apoyo con que cuenta en el manejo de su malestar, si bien puede favorecer la dependencia terapéutica, también es un importante predictor de adhesión adecuada al tratamiento. En el caso de la Participante D, logró 11 puntos al inicio del tratamiento, puntuó 15 al finalizar el tratamiento y 13 en el seguimiento a 3 meses, lo cual indica que mientras estuvo en el programa logró la mayor puntuación y una mejor relación con el terapeuta.

Tiempo libre:

Indica que el proceso terapéutico no obstaculiza sus actividades recreativas. Es un indicador de posesión de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales, La Participante D obtuvo 8 puntos en el inicio y la misma puntuación al final del tratamiento, logrando 15 puntos en el seguimiento a 3 meses, se debe a que durante el tratamiento estaba en el periodo más difícil del semestre escolar y el seguimiento a 3 meses comprende parte del periodo vacacional.

Vida cotidiana:

La participante A logró contender con las rutinas que requiere el manejo de su proceso terapéutico sin que representen cargas o pérdida del bienestar, a lo largo del tratamiento la participante D mejoró en esta escala, en un inicio

puntuó 16 puntos, cuando finalizo el tratamiento llego a los 17 puntos y en el seguimiento a 3 meses logró 19 puntos.

Para las escalas negativas se obtuvieron los siguientes resultados:

Aislamiento:

De acuerdo a la puntuación de la Participante D, se puede observar que percibe una sensación de vacío constante, que no existen redes sociales de apoyo o son ineficaces. Además de que su presencia no tiene un significado importante para otras personas o si misma, concordando con la sintomatología de Miedo a hablar en público con la que se diagnóstico a la participante, se puede apreciar que esta puntuación baja de forma paulatina (ya que en el pre-tratamiento obtuvo 20 puntos, en el Post tratamiento y seguimiento a 3 meses baja y se mantiene en 19 puntos) y que esta disminución se hace constante al mantenerse en el seguimiento a tres meses, el que baje de forma lenta se debe a la severidad del trastorno.

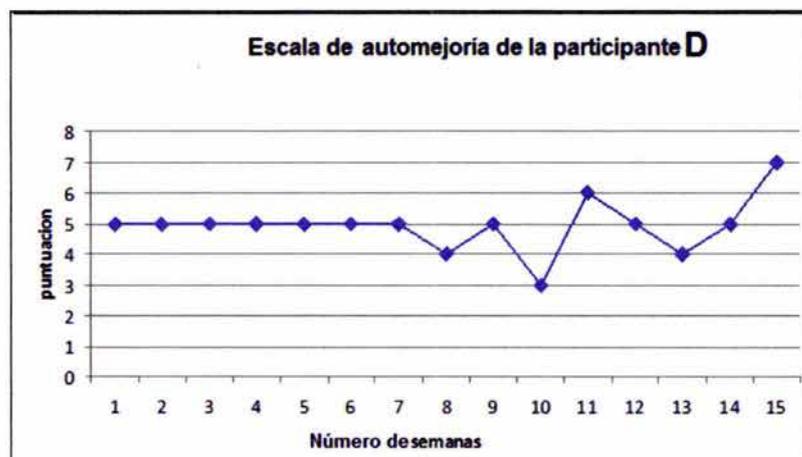
Dependencia terapéutica:

Una puntuación alta implica una actitud tranquila sobre el cuidado de su salud, hay poco interés en general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su trastorno; en un principio la Participante D puntúa 12 , al terminar el tratamiento su puntuación sube a 18 y en el seguimiento a 3 meses baja a 15, podría explicarse esta actitud de poca dependencia terapéutica con la profesión de la participante ,ya que al ser estudiante de Psicología, comprende acerca de la importancia de recibir y completar una tratamiento psicológico

Preocupaciones:

Una puntuación alta implica que la Participante D se encuentra hipervigilante a cualquier señal que interprete como molestia fastidio, o de que está modificando negativamente la vida de las personas que le rodean, debido al diagnóstico de la paciente corresponde con su forma de percibir el entorno, en un principio la paciente obtiene 17 puntos, los cuales bajan al finalizar el tratamiento llegando a 15 puntos y suben en el seguimiento a 3 meses debido

a que la Participante D esta en periodo vacacional y se enfrenta a situaciones sociales con mayor regularidad que cuando estaba en el periodo escolar.



Grafica 12 Escala de automejoría de la participante D, puntuación semanal de la percepción de mejoría a lo largo del tratamiento

| Puntuación | |
|------------|-----------------|
| 1 | Muchísimo Peor |
| 2 | Bastante Peor |
| 3 | Un poco Peor |
| 4 | Sin cambios |
| 5 | Un poco Mejor |
| 6 | Bastante Mejor |
| 7 | Muchísimo Mejor |

Cuadro 4 Escala de automejoría semanal, significado de puntuación Likert

La escala de automejoría mide de la percepción de la participante con respecto a su mejora semanal a lo largo del tratamiento, como se aprecia en la grafica 12 desde la sesión 1 a la 7 se mantiene en una puntuación de 5 “Un poco mejor”. En la sesión 8 la participante baja la puntuación a 4 “sin cambios” ya que en esa sesión se confronto a la participante para trabajar con las creencias desadaptativas que le hacen quedarse callada ante un publico, la siguiente sesión aumenta el puntaje a 5 ya que la participante menciona que al confrontarse se percata de las funciones de los beneficios que le otorga el uso de las herramientas, en la sesión 10 la participante baja a 3 “un poco peor” por

que comienza a someterse a situaciones en las que se expone ante un público como el salón de clases o sus compañeros y amigos en una reunión social, en la sesión 11 la participante logra un puntaje de 6 "bastante mejor" ya que al llevar 2 semanas exponiéndose a participar en clase se percata de los beneficios de enfrentar las creencias con el uso de las herramientas aprendidas. Las sesiones 12 y 13 tienen puntajes de 5 y 4 respectivamente debido a que la participante se encuentra en exámenes finales y entrega de trabajos de final de semestre por lo que menciona tener mucha presión. Al finalizar el tratamiento la participante muestra una mejoría constante y que aumenta debido a que la participante hace uso de todas las herramientas aprendidas a lo largo del tratamiento.

Como se menciona en algunas de las escalas la participante D termina el tratamiento en el periodo más crítico del semestre ya que tenía que entregar trabajos, realizar exposiciones y exámenes para concluir con el semestre escolar, para cuando llega al seguimiento a 3 meses se encuentra en vacaciones intersemestrales y comenta vía correo electrónico que se encuentra de viaje por lo que se somete a interactuar con personas desconocidas, en el instrumento de Calidad de vida y Salud se aprecia que esta interacción causa puntajes altos en las escalas negativas pero se deben explicar este tipo de puntuaciones con el afrontamiento por parte de la participante, que más allá de ser por un deterioro o retroceso de lo logrado durante el tratamiento es muestra de la capacidad que genera la participante para exponerse ante situaciones que le causan síntomas ansiosos.

5.5 Comparación de las participantes A, B, C y D.

A continuación se muestran datos y resultados intersujeto que se obtuvieron de las participantes A, B, C y D durante la entrevista inicial, para evaluar la mejoría de forma grupal del programa de tratamiento aplicado:

Tabla 12. Datos Sociodemográficos de las participantes A, B, C y D al inicio del tratamiento.

| Participante | Edad de inicio de tratamiento | Género | Estado Civil | Ocupación | ¿Ha estado en tratamiento? | Herramienta de comunicación utilizada durante el tratamiento | Lugar donde reside | Tipo de solicitud de tratamiento |
|--------------|-------------------------------|----------|--------------|-----------------------|----------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| A | 32 años | Femenino | Unión libre | Trabaja por su cuenta | Si | Videoconferencia | Interior de la República | Vía Internet |
| B | 42 años | Femenino | Unión libre | Profesora | Si | Videoconferencia | Interior de la República | Vía Internet |
| C | 22 años | Femenino | Soltera | Estudiante | Si | Videoconferencia | Interior de la República | Vía Internet |
| D | 21 años | Femenino | Soltera | Estudiante | No | Chat | Distrito Federal | Centro de Servicios Psicológicos |



Grafica 13 Nivel porcentaje de satisfacción del usuario del tratamiento por Psicoterapia Via Internet

La grafica 13 muestra que en general, el grado de satisfacción que otorgó el tratamiento a las participantes, demuestra que los resultados están por encima del nivel medio de satisfacción, esta medida otorga elementos para inferir que el tratamiento vía Internet logra ser satisfactorio para los usuarios del mismo con puntajes claramente elevados, cercanos al puntaje máximo. Es importante comentar que los resultados de la participante C son menores a los de las otras participantes debido a que su canalización disminuyo su percepción de satisfacción ya que al efectuar el cambio de terapeuta la participante manifestó su molestia

Tabla 13 Comentarios de las participantes al finalizar el tratamiento

| Participante | Comentario escrito al finalizar el tratamiento |
|----------------|--|
| Participante A | <i>"Realmente la terapia no me sirvió de mucho aunque veo que expreso mejor mis emociones y me enoja menos con mi mamá, sigo siendo un poco neurótica, pero creo que me controlo más".</i> |

Participante B

"Lo que trabajé durante la terapia fue una tendencia leve hacia la depresión, mas con las herramientas trabajadas, considero que he retomado mi autoimagen y con ello nuevas metas de vida. De acuerdo a mis propios apuntes identifico que esta declinación viene sucediendo desde hace cinco años a la fecha. En este momento me siento firme y con mejores elementos para afrontar la vida.- Muchas gracias por su servicio y atención".

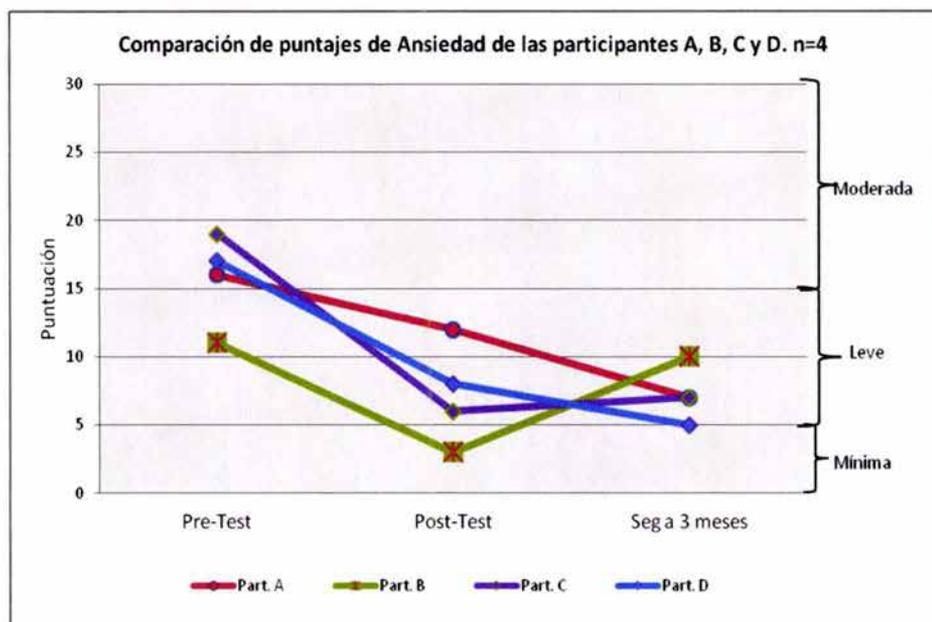
Participante C

"Era una persona corajuda y sentida, fui así desde pequeña, pero ser de esta manera me molestaba y me hacía sentir incomoda, ahora ya estoy cambiando y hay veces en las que si llego a molestarme, pero diferencio que ya no con aquella frecuencia e intensidad que antes, ahora ya puedo controlar más mis emociones y sentimientos".

Participante D

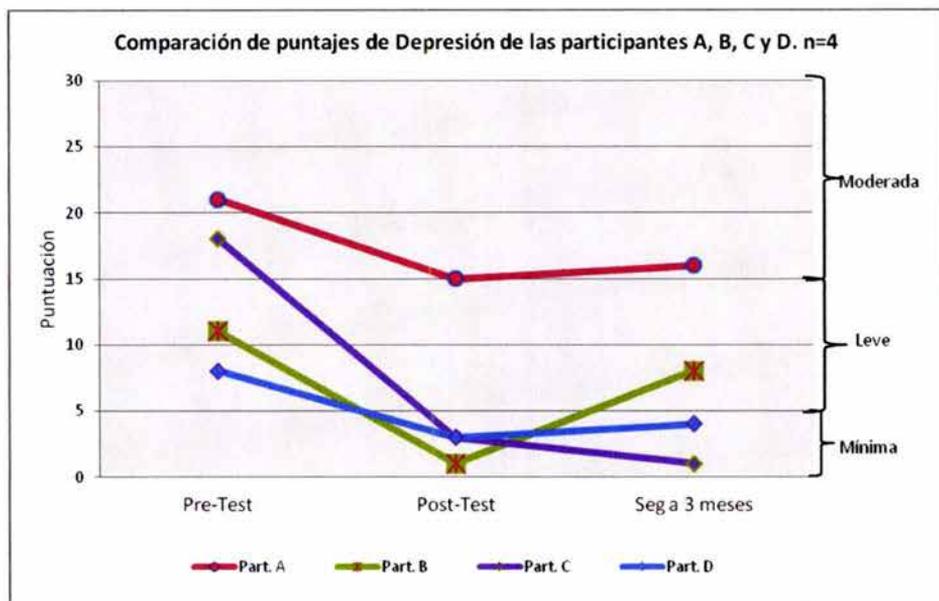
"En un principio creí que no tenia alternativas para mi ansiedad, pero ahora sé que puedo controlarla pues tengo las herramientas y la motivación para lograrlo".

Los comentarios de las participantes al finalizar el tratamiento muestran que perciben mejoría después del mismo y que tienen como meta el continuar trabajando con las herramientas aprendidas a lo largo del proceso terapéutico.



Gráfica 14 .Comparación de los niveles de Ansiedad de las participantes A, B, C y D.

En la gráfica 14 muestra la comparación de los puntajes de Ansiedad de las participantes A, B, C y D, se puede observar que, en general las participantes disminuyeron sus niveles de ansiedad a lo largo del tratamiento otorgado, también que para las 4 participantes el nivel puntuado en el seguimiento a 3 meses se mantuvo por debajo del nivel inicial, incluso en el seguimiento a tres meses, como se puede ver en la gráfica el tratamiento resulto efectivo en la disminución del nivel de ansiedad para todas las participantes y esta mejora se mantiene aun sin estar en tratamiento.



Gráfica 15 .Comparación de los niveles de Ansiedad de las participantes A, B, C y D.

La gráfica15 muestra la comparación de los puntajes de depresión de las participantes A, B, C y D, se puede observar que para las todas las participantes disminuyeron sus niveles de depresión a lo largo del tratamiento otorgado, también que este nivel se por debajo del nivel inicial, incluso en el seguimiento a tres meses, como se puede ver en la gráfica, para el caso de la participante A, el tratamiento resulto efectivo en la disminución del nivel de depresión para todas las participantes y esta mejora se mantiene aun sin estar en tratamiento.

6. Discusión

Los resultados obtenidos muestran que el nivel de mejoría en las participantes se mantiene por debajo de los puntajes iniciales en las escalas de ansiedad y depresión, es importante el seguimiento de las herramientas por parte de los participantes, para lograrlo necesariamente ha de haber un buen nivel de adherencia al tratamiento que debe ser propiciado por el terapeuta, es debido a las condiciones que ofrece el terapeuta y con las que cuenta el participante que se puede lograr obtener un resultado positivo o benéfico en el tratamiento.

Según lo mencionado por Cárdenas y sus colaboradores (2005) las nuevas tecnologías en las áreas de información y comunicación, benefician al sector usuario como se puede ver en los resultados de las participantes reportadas, encontramos que 3 de ellas solicitan el tratamiento haciendo uso de estas tecnologías corroborando que los avances e innovaciones en la formas de implementar un servicio de salud mental benefician a los participantes de esta modalidad de tratamiento, y debido a los datos obtenidos en la escala de satisfacción de usuario comparándolos con los resultados que se encontraron acerca de si las participantes han estado en un tratamiento previo a este, obtenemos que en general las participantes reportan un nivel de satisfacción por encima del 50%, se infiere entonces que el tratamiento con modalidad vía Internet logra resultados similares en estas participantes a lo de las terapias presenciales.

Al observar las cifras que arroja la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, 2003), se hace visible la importancia de este tipo de investigaciones y desarrollos tecnológicos que aportan una opción basada en evidencia científica y otorgan los beneficios mencionados con anterioridad en este trabajo a la población mexicana, proponiendo así el objetivo de otorgar una mayor cobertura en servicios de salud psicológica incluso a mexicanos que viven en el extranjero o en zonas de poco alcance en el país, a su vez este tipo de tratamiento debe mejorar y adaptarse a las necesidades que surgen con los cambios y necesidades que tiene el país.

El uso del modelo Cognitivo-Conductual se ajusta al tipo de tratamiento que puede ofrecer la Psicoterapia Vía Internet, ya que sus herramientas son

adaptables a este sistema, no así las herramientas de otro tipo de escuelas terapéuticas o en caso de adaptarse podríamos enfrentarnos al problema de la medición de resultados ya que no tendríamos el nivel de confiabilidad y de replica que ofrece la terapia Cognitivo-Conductual, de igual forma se percibe que una de las ventajas de este modelo es el planteamiento de metas y objetivos específicos desde el inicio del tratamiento, lo cual da una dirección específica que tanto participante como el terapeuta generan de mutuo acuerdo, facilitando así la adherencia terapéutica.

Los resultados encontrados en este reporte coinciden con los de Botella (2007), Calvo (2008), Cohen (1998), De la Rosa (2007), Duran (2009), Patoni (2003), entre otros que reportan haber obtenido resultados favorables en el uso de esta modalidad de tratamiento con herramientas similares y el uso de las TIC's.

A lo largo de los tratamientos que se otorgaron a las participantes en la realización de las prácticas profesionales, hubo sujeción al código ético del psicólogo otorgando confidencialidad, seguridad a los datos recabados, resguardando la información recolectada en las sesiones, estas acciones se hicieron del conocimiento de las participantes con el formato de consentimiento (Anexo1) donde se exponen cual será el manejo de datos personales e información otorgada por los participantes, basados de igual forma en McLaughlin et al. (2000), logrando otorgar un servicio terapéutico de calidad.

Un aspecto más a resaltar son las ventajas logradas con este tipo de programas de intervención ya que de las participantes atendidas 3 de ellas vivían en el interior de la República y resultó cómodo para ellas y para la terapeuta el poder acortar las distancias con el uso del Internet, la videoconferencia pareciera ser una herramienta más eficaz que el chat sin embargo en el chat se encontró que las participantes eran capaces de escribir aquellas emociones que no podían decir, considerando las actividades diarias de las participantes, el poder dedicar solo el tiempo de tratamiento a la terapia, sin tiempo de traslado o en sala de espera, resulto efectivo ya que como ellas mencionaban no tenían que desplazarse a ningún lugar para tomar su sesión.

Los comentarios que se registraron al finalizar el tratamiento muestran que las participantes se sienten cómodas con el uso de este tratamiento, que contrarrestaron los síntomas mencionados al inicio del tratamiento y que las herramientas aprendidas habían servido para otro tipo de situaciones además de trastornos tratados a lo largo del programa terapéutico.

También es importante mencionar que la posibilidad del envío de tareas mediante el correo electrónico facilita la revisión de las mismas, así como el avance de las participantes a lo largo del tratamiento y proporciona un archivo digital de fácil acceso para la terapeuta, en caso de que se requiera mostrar a la participante alguna creencia irracional, o confrontar con alguna frase escrita por ella en las tareas asignadas, en comparación con un tratamiento de modalidad presencial el esperar que las tareas se entreguen en el momento de la sesión evita la posibilidad de otorgar una retroalimentación adecuada para la participante.

7. Conclusiones

El futuro de la terapia Cognitivo-Conductual parece ser prometedor ya que cada vez se utiliza para atender un mayor número de padecimientos de salud, el número de investigaciones aumenta y los datos que se publican son importantes para la realización de nuevos programas de tratamiento. Sin embargo es necesaria una difusión que en realidad abarque a la población que requiere los servicios de un terapeuta Cognitivo-Conductual, ya que los participantes están acostumbrados en cierto sentido a esperar a que el terapeuta resuelva o le otorgue la solución explícita de su problemática con el mero hecho de presentarse a la sesión, esto puede dificultar que se cumpla el proceso necesario para el tratamiento Cognitivo-conductual y significa que el participante puede o no realizar las tareas o puede no querer tomar el riesgo de experimentar un estilo de pensamiento y una conducta diferentes.

Las prácticas profesionales en Psicología Clínica son de vital importancia para el desarrollo de los estudiantes del nivel de licenciatura, el que existan programas como éste ayudan al estudiante a enfrentarse al panorama laboral de forma controlada pero en escenarios reales, lo cual es de gran avance ya que permiten que se desarrollen capacidades, que se pongan a prueba los elementos aprendidos a lo largo del estudio de licenciatura y se corrijan errores con la guía de expertos en este ejercicio terapéutico, aunado a esto este tipo de prácticas resulta un excelente método de investigación en la aplicación de nuevas tecnologías y tratamientos.

La capacitación y entrenamiento en las técnicas Cognitivo-Conductuales, son un aspecto de gran importancia en los terapeutas que han formado parte de este programa de prácticas profesionales, las herramientas aprendidas mejoran la calidad del tratamiento que los terapeutas otorgan en el ejercicio profesional, aumentan el nivel de experiencia en terapeutas que inician de forma más temprana a otorgar tratamientos, permiten que los supervisores clínicos forjen y corrijan de forma controlada y segura para los participantes los errores de los terapeutas.

Como algunos de los tratamientos nuevos, la Psicoterapia Vía Internet ha sido tachada de poco confiable, no válida, poco apegada al código ético o que por

no ser presencial no toma en cuenta los aspectos no verbales del paciente, o que es poco adecuada para proporcionar atención en crisis o emergencias y por esta razón no tendrá resultados efectivos para los usuarios (Echuburua, 2000), en este reporte se muestran resultados que contradicen estas afirmaciones y ponen en evidencia las ventajas que ofrece este tipo de tratamientos, es importante hacer mención de que en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología se hacen adaptaciones esta modalidad de tratamiento para otro tipo de trastornos, como los adaptativos, los relacionados a violencia domestica, duelo o las adicciones que se puedan ajustar a los lineamientos de Psicoterapia Vía Internet.

Como desventaja encontré que las fallas eléctricas o de conectividad no se pueden prevenir o evitar, aunado a esto las fallas en los equipos de cómputo con los que se otorga el tratamiento a los participantes, es importante tener en cuenta para los participantes el uso horario de la zona donde viven y la pertinencia de las sesiones en horarios muy extremos. Una desventaja más es el estigma con el que otros terapeutas presenciales puedan etiquetar a esta modalidad de tratamiento, debido a su formación, al poco conocimiento en el uso de las TIC's, etc. Bloom (1998) menciona al respecto:

“En primer lugar, los mensajes electrónicos breves no son un medio para hacer diagnóstico; esto sin mencionar las expresiones faciales o el lenguaje corporal, pues ni siquiera el tono de voz llega al ciberterapeuta. El hecho de teclear pequeños rostros sonrientes o ceños no constituye la interacción humana en vivo. Otro problema radica en que la consejería electrónica no siempre es absolutamente confidencial. En ocasiones, es posible interceptar mensajes personales y darles mal uso. Resulta especialmente inquietante el hecho de que los ciberterapeutas no siempre son profesionales”

Una problemática que también se encontró fue el alto número de bajas del programa de los participantes que se canalizaron del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, es de suponerse que estas bajas se deben a la canalización del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de

los participantes a diferentes modalidades de tratamiento sin su consentimiento como lo son las terapias grupales, presenciales o la Psicoterapia Vía internet, al ser canalizados a estas modalidades puede que la expectativa de tratamiento se vea deteriorada y genere resistencia a algo nuevo o que no estaba contemplado al hacer la solicitud de atención psicológica, esta razón explica más el abandono del tratamiento que suponer el rechazo el programa de tratamiento con Psicoterapia Vía Internet a pesar de haberlo pedido, es importante resaltar que estos participantes externaron su inconformidad ya que acudieron al centro en busca de tratamiento presencial

El programa "*Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica*", generó una excelente alternativa para los estudiantes de la Facultad de Psicología y proporcionó una importante ayuda al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ya que al ser estudiantes de los últimos semestres de licenciatura los terapeutas, se contribuye a disminuir la lista de espera que el Centro de Servicios Psicológicos tiene.

La Psicoterapia Vía Internet se equipara a la terapia presencial, siendo una alternativa más para otorgar servicios psicológicos y mejorar la calidad de vida de los usuarios, en general el uso de las TIC's proporciona una opción efectiva para la población con trastornos de ansiedad y depresión, el tratamiento resulto ser eficaz y mantener mejoría en el seguimiento a 3 meses posteriores al tratamiento recibido.

Con respecto a los objetivos del programa "*Psicoterapia en línea: una alternativa para la formación profesional en psicología clínica*". Se logró:

- Otorgar servicios terapéuticos a distancia para tratar trastornos de ansiedad y depresión mediante estudiantes capacitados en el Psicoterapia Vía Internet

- Se brindó a estudiantes que formaron parte del programa las herramientas y elementos necesarios para ofrecer atención terapéutica a pacientes a través de internet de calidad y siempre bajo la supervisión de expertos en esta modalidad de tratamiento
- El tratamiento fue útil para los pacientes que acceden a esta modalidad obteniendo resultados a corto, mediano y largo plazo.
- El estudiante fue capaz de obtener experiencia profesional que le brindó el trabajo en el escenario real,

Valdría la pena considerar este tipo de tratamiento para personas que padecen enfermedades o sufrieron accidentes que limitan su capacidad de movimiento ya que la posibilidad de recibir tratamiento psicológico aumenta si no existe el inconveniente de movilizarse grandes distancias para este tipo de población. Otro aspecto importante es considerar esta modalidad de tratamiento para atender a poblaciones que requieren cuidados paliativos, también considerar personas que poseen padres mexicanos pero nacieron en el extranjero y se enfrentan a una cultura diferente a la que tuvieron en su crianza.

Por esta razón se hace necesario explicar el proceso al participante con palabras sencillas y de forma breve, haciendo uso de formatos que proporcionan psicoeducación, para que el participante conozca en la medida de lo posible lo necesario acerca de su padecimiento, ya que puede generar un mayor compromiso consigo mismo y con el terapeuta. Esta medida debe realizarse desde la primera sesión y buscando aclarar las creencias de que el tratamiento psicológico es para personas con severos problemas y que por tanto es motivo de vergüenza acudir a un tratamiento de este tipo, o el que con el solo acudir de forma pasiva se lograra la mejoría esperada.

Otro aspecto fundamental es que los terapeutas que se forman en este tipo de modalidad, se certifiquen para poder proporcionar tratamientos con un aval que pueda generar un mayor nivel en la calidad de los mismos.

A lo largo de mi aprendizaje en este programa pude mejorar como terapeuta y como profesional en Psicología, encontré que la Psicoterapia Vía Internet es estudiada y perfeccionada con cada paciente que se trata en ella, que las investigaciones indican que puede compararse con terapias presenciales y que otorga la ventaja de estar basada en evidencia la cual cuantifica su efectividad y la posibilidad de realizar replicas en otro tipo de pacientes o países.

Es importante pensar en adecuar este tratamiento para poblaciones infantiles o juveniles debido a la gran inmersión que estos usuarios tienen de las TIC's a lo largo de su trabajo diario en la escuela o en su tiempo de ocio, con el uso de la video-conferencia puede otorgarse este tipo de tratamiento a los niños que apenas utilizan la lectura y escritura. También cabe mencionar que las condiciones de seguridad por las que atraviesa el país, propician una búsqueda de este tipo de tratamientos que permiten al usuario tener acceso a ellos desde casa.

8. Referencias bibliográficas

- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G. & Muñoz, M.G. (2005). Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (18), 278-286.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed.) Washington, DC.
- Asociación Americana de Consejería (1999). Normas éticas para Internet on-line de asesoramiento. Recuperado 01 de julio 2004 de www.counseling.org/docs/ethics/etica_espanol.pdf?sfvrsn=2
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (2001). Autoevaluación y actualización en psiquiatría/Trastornos de Ansiedad, PSA-R8 *Psychiatric Self-Assessment & Review*, Medical trenes.
- Ávila Escribano JJ, González Parra D. (2007) Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 383 (19). 92.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, (27), 459-46
- Beck, A.T (1976) *Terapia cognitiva de los desordenes emocionales. Una aproximación estructural a la psicoterapia*. Barcelona España: Gedisa
- Beck, A.T.; A.J. Rush, B.F. Shaw and G. Emery (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Bermejo, M. (1999) Eficacia y aplicacion de la trerapia Cognitivo-Conductual Via Internet. En *IV Congreso Internacional de Psicología Cognitiva/Conductual*, 15-18 Abril Valencia, España.

- Bockting, CLH., Spinhoven, P. , Koeter, MWJ., Wouters, LF., Schene, AH, (2006). Prediction of recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability for depression: a 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, (67), 747–755.
- Botella, C., Baños, R. y Fabregat, S. (2006). Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual. En F. Méndez Carrillo, J. Espada Sánchez y M. Orgiles Amorós (eds.). *Terapia Psicológica con Niños y Adolescentes. Estudios de Casos Clínicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 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 [Versión electrónica]. *Psicología Clínica*. (16), 125-132.
- Bloom, L. (1998). Language acquisition in its developmental context. En W. Damon & D. Kuhn(eds). *Handbook of child psychology: Volume 2: Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 309-370). New York, NY: Wiley.
- Caballo, V (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide
- Caballo, V (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos. Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. España: Siglo XXI
- Calvo, F (2008). Nuevas tecnologías de la información y la comunicación y la psicoterapia. Recuperado abril, 5 2009, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/34228/>.
- Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, I. Y Flores, L. (2005). *Psicoterapia en Línea, Manual del terapeuta. Laboratorio de Enseñanza Virtual*. Facultad de Psicología México, D.F.: UNAM.

- Cárdenas, G., Vite Sierra, A., Villanueva, L. (2007) *Ambientes Virtuales para la Educación y Rehabilitación Psicológica*. México, D.F.: UNAM.
- Cohen E, Kerr BA.(1998). Computer-mediated counseling: an empirical study on a new mental health treatment. *Comput Hum Serv*;(15), 77-81.
- Collins, J. (2007). *Ciencia, Tecnología, sociedad y valores II*. México: ALEC.
- Corbella, S y Botella, L (2003). La alianza terapéutica, historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Chamarro, A, Albert,L, Romero. J, Valiente.L (2005) *La ética de psicólogo*. Barcelona, España: UOC
- Christs-Christoph, P., Connolly-Gibbons, M. B. and Hearon, B. (2006) 'Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance'. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3) pp.268–281.
- Cutter, F. (1996). Virtual psychotherapy? PsychNews International, Recuperado noviembre 13, 2010 de <http://www.cmhc.com/pni/pni13b.htm>.
- De la Rosa, G., (2007). *Resultado de la intervención psicoterapéutica vía internet para pacientes con trastornos de ansiedad*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Durán, X. (2009). *Manual de estrategia para el tratamiento de duelo y pérdida vía internet*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Echuburua E.(2000) *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson
- Feixas, G., Miró, M. T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Flores, L., (2007). *Internet: un análisis descriptivo de la productividad científica en psicología durante su primera década (1993-2003)*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Freud, S.(1913) Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. En Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Revista Clínica y Salud*. 16 (1), 9-29
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 36-31.
- Goldfield, M.R; Davison G.C (1981) *Técnicas Terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires-barcelona: Paidós.
- Gómez, A & Martínez, C. (2001). *Programa nacional de telesalud. Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado*. México: ISSTE.
- Hovarth, A.O y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J.C. Norcross (Eds), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (39-64). New York: Oxford University Press.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (62), 100-110.
- Khanna, M.S. y Kendall, P.C. (2008). Computer-Assisted CBT for Child Anxiety The Coping Cat CD-ROM. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15 (2), 159-165
- King, S. A & Moreggi, D. (1998). Internet terapia y grupos de autoayuda - los pros y los contras. En J. Gackenbach (Eds), *Psicología e Internet: intrapersonal, interpersonal y Implicaciones transpersonal* (pp. 77-109). San Diego, CA: Academic Press.

- Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (2010). Recuperado abril 26, 2010 de ciberpsicologia.psicol.unam.mx
- Nezu, A (1987) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales un enfoque basado en problemas* México: Manual moderno.
- Mahoney, M. (1997). "Emotionality and health: lessons from and for psychotherapy". *Emotion, disclosure and health*. (57) 241-253.
- Manrique, C (2009) La psicoterapia a través de internet, Recuperado abril 7, 2009 de <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/terapiaonline.html>.
- Marks, I. (1999) Computer Aids to Mental Health Care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (6) 548.
- Marks I, Cavanagh K, Gega L (2007) Hands-on help: Computer-aided psychotherapy. New York: Psychology Press Taylor and Francis.
- Martin L. (2006) Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*. 32 (3) p.5-13.
- Martinez Torres, N. C. M., Y. Lopez Almaguer (2005). *La ciberpsicología. influencia de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en la psicología*. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas Las Tunas.
- Medina-Mora, M, Borges, G, Muñoz, C, Benjet, C, Jaimes, J, Bautista, C, Villatoro, J, Zambrano, J, Casanova, L, & Aguilar-Gaxiola, S, (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 6 (4).

Moliner Maria, (1984) *Diccionario del uso del español 2da edición*. Madrid. España. Gredos

Organización Mundial de la Salud (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Salud Mental: Nuevos Conocimientos. Nuevas Esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2007). Diez cuestiones estadísticas de especial interés. *Salud pública mundial* (1). Recuperado julio 23, 2011 de http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf .

OMS (2009), Guía de salud mental .*Salud pública*. Recuperado abril, 2010 de www.paho.org/Spanish/DD/PED/GuiaSaludMental_cap8.pdf

OMS (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Recuperado septiembre, 2011 de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.html>.

Oravec, J. A. (2000). Online counselling and the internet: perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental health*. 9,(2), 121-135.

Patoni, M., (2003). *Psicoterapia Vía Internet, su práctica, regulación e investigación: el caso del tabaquismo*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Pergament D. Internet. (1998). Psychotherapy:current status and future regulation. *Health Matrix Summer*, 8(2):233-79.

Puente S., F. (1984). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México*, D.F. (edición de autor).

- Reed, GM, McLaughlin, CJ, & Milholland, K. (2000). Ten interdisciplinary principles for professional practice in telehealth: Implications for psychology. *Professional Psychology: Research and Practice* , (31) , 170-178
- Rivero R. Angélica, Sánchez-Sosa Juan José, Del Águila Mark (2009) *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.
- Richards, D. (2009). Features and benefits of online counseling: Trinity College onlinemental health community. *British Journal of Guidance & Counseling*, 37 (3) ,231 - 242.
- Robles, Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicosométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, (8), 211-217.
- Sanders, P. & Rosenfield, M. (1998). Asesoramiento a distancia: retos y nuevas iniciativas. *Diario británico de Orientación y Consejería*, (26), 5-11.
- Shapira, A. B. L. H. M. B.-N (2008). A comprehensive review and meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services* (26) 2 & 4, 109 - 160
- Shapiro, D. A. (2004). Computer Treatment for Common Mental Health Problems. *Wiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol* (60) 239–251.
- Schneider, Paul L. (1999). *Psychotherapy Using Distance Technology: A Comparison of Outcomes*. American Psychological Association. Boston: Mc millar
- Shortt, A. L., Barrett, P. M. y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children

and their par-ents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, (30), 525-535

Sociedad Mexicana de Psicología, (2007). *Código ético del Psicólogo*. México: Trillas

Suler, J. (2000). Psychotherapy in Cyberspace. A 5-Dimension Model of Online and Computer-mediated Psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior*. (3), 151-160.

Sterba R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126. En Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Revista Clínica y Salud*. 16 (1), 9-29.

Vazquez ,C. (2007) *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis.

9. Anexos

Anexo 1 Formato de consentimiento

Proyecto PAPIME PE306509
**"Psicoterapia Via Internet: una
alternativa de tratamiento"**



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. Confirmando que este estudio será conducido de acuerdo a las condiciones y procedimientos que se fijaron anteriormente".

NOMBRE: _____

E-MAIL: _____

FIRMA _____

FECHA: _____, 200__.

Anexo 2. Escala de Evaluación de la Automejoría

Proyecto PAPIME PE306509
"Psicoterapia Vía Internet: una
alternativa de tratamiento"



ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA MEJORÍA

Por favor, **COLOCA EL CURSOR Y DA CLIC** en el número en dónde identifiques tu estado de ánimo durante esta semana. Donde 1 es malestar total y 7 bienestar total.
¡GRACIAS!



1
Muchísimo
Peor

2
Bastante
Peor

3
Un Poco
Peor

4
Sin
Cambios

5
Un Poco
Mejor

6
Bastante
Mejor

7
Muchísimo
Mejor

