



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Análisis Del Proceso Terapéutico
Utilizando el Chat y la Video-Conferencia Con Participantes
Canalizados y De Ingreso Directo a La Modalidad en Línea .

Presenta

Garay Becerril Oscar Arturo

Titulación Por Informe de Prácticas

Directora de Informe

Dra. Georgina Cárdenas López

Revisora

Mtra. Laura Angela Somarriba Rocha

México, DF. 2012



FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA ESCOLAR



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.

AGRADECIMIENTOS

Durante estos años son muchas las personas que han participado en este trabajo y a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado de forma desinteresada.

Especialmente a mis padres y hermanos:

Papá: Por tu ejemplo y sacrificio para sacar a la familia adelante.

Mamá: Por tu amor, esfuerzo y apoyo.

Juan, Dany, Arís: Gracias por los juegos, las peleas y los momentos únicos que pase en mi infancia, pero sobre todo gracias por sacar lo mejor de mi con sus demandas y consejos.

Gracias a Mary por ser parte muy importante de mi presente y futuro, por preocuparte siempre por mi, por estar siempre dispuesta a ayudarme y por todo lo que he vivido a tu lado.

A la Dra. Georgina Cárdenas por brindarme la oportunidad de continuar mi desarrollo y adquirir la experiencia como profesionista, por sus consejos, por su experiencia y por ser mi guía en este proyecto.

A mis revisores Lic. Laura Somarriba, Dr. Samuel Jurado, Lic Rocio Maldonado y a la Lic. Anabel de la Rosa por su tiempo, disposición y por sus consejos para poder realizar este proyecto.

A todos mis amigos del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología Ana, Ana Pao, Alicia, Aline, Anabel, Cynthia, Israel, Jorge, Lorena, Paola, Perlita, Olivia, Quique, Sandi y Ximena por hacer mi estancia más divertida y amena, por sus consejos y regaños, por sus asesorías pero sobre todo por su amistad y por formar un gran equipo de trabajo.

A todos mis amigos Angie, Berenice, Gina, Illiuzy, Naye, Polo, Viry y Tatis, por hacerme pasar momentos únicos a lo largo de la carrera, por todas y cada una de las bromas y chistes en clases, por estar a mi lado cuando más los necesité, por siempre hacerme sentir mejor, por aguantarme mis locuras, por su lealtad, por sus consejos, y por su cariño y amistad.

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes.....	6
2.1 Antecedentes Contextuales.....	6
2.1.2 Ventajas y Desventajas de la Modalidad a Distancia.....	9
2.1.3 Tipos de Comunicación en Psicoterapia Vía Internet (sincrónica y asincrónica).....	11
2.1.4 Candidatos Viables a Psicoterapia Vía Internet.....	12
2.1.5 Herramientas en Psicoterapia Vía Internet.....	12
2.1.6 Características del Terapeuta en Psicoterapia Vía Internet.....	14
2.1.7 Algunos Estudios Relacionados con la Terapia Vía Internet.....	17
2.1.8 Condiciones Éticas en los Servicios de Psicoterapia Vía Internet.....	19
2.2 El Modelo Cognitivo-Conductual en Psicoterapia en Línea.....	25
2.2.1 Intervención Cognitivo-Conductual en Psicoterapia Vía Internet.....	25
2.2.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales empleadas en Psicoterapia en Línea.....	28
3. Programa de Formación Clínica e Intervención en Psicoterapia en Línea.....	37
3.1 Finalidades Fundamentales que se Persiguen.....	38
3.2 Objetivos Específicos.....	38
3.3 Población Destinataria.....	39
3.4 Espacio de Trabajo.....	39
3.5 Fases por las que Discurrió el Procedimiento.....	40
3.6 Actividades Principales Contempladas en el Programa.....	40
3.7 Material.....	44
3.8 Estrategias de Evaluación.....	45
4. Resultados.....	47
4.1 Resultados Clínicos de la Intervención por Internet.....	47
4.2 Participante 1.....	48
4.3 Participante 2.....	55
4.4 Participante 3.....	62
4.5 Participante 4.....	69
4.6 Resultados Generales de Todos los Pacientes.....	76
Discusión y Conclusión.....	81
Anexos.....	86
Referencias.....	116

1 Introducción

En la actualidad las tecnologías de la información y la comunicación están formando parte de todas las áreas del saber. Hasta ahora nunca las nuevas tecnologías habían tenido un papel tan preponderante en la vida cotidiana. No sólo nos ofrecen todo tipo información o formación sino que nos sirven para comunicarnos con los demás. Esta cambiando nuestra manera de hacer las cosas: de trabajar, divertimos, relacionamos y de aprender. Puede deducirse que todos éstos cambios no sólo se ven involucrados en la vida cotidiana, sino también en múltiples disciplinas científicas, entre ellas, la Psicología (Trujillo, 2005).

Con el constante desarrollo tecnológico, social, demográfico, económico, ecológico, cultural y humano; nos encontramos expuestos a un mundo que se transforma cada vez más aprisa, y en muchas ocasiones éstos cambios se ven reflejados en algunos malestares físicos, como puede ser el estrés, ansiedad, depresión, baja autoestima etc. Desde esta visión en el ámbito de la educación se amplían las funciones de los profesionales de la salud mental, los Psicólogos, quiénes han de enfrentarse a nuevos problemas y obligaciones que exige las nuevas generaciones. Al profesional de la salud en la actualidad se le demanda más conocimientos especializados para llevar acabo actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión, además de la capacidad para adaptarse a una serie de funciones a desempeñar, que además están en constante cambio (De la Rosa, 2007).

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 han visto avances e innovaciones en la forma de implementar un servicio de salud mental; es por ésta razón que siguen emergiendo nuevos aspectos para fortalecer y enriquecer dichos sistemas tecnológicos, para hacerlos más simples y contar con aplicaciones mas variadas a diversos problemas de salud (Cárdenas, et al, 2005).

Debido a los constantes cambios y a las nuevas exigencias en el ámbito de la ciencia y la tecnología en el que se encuentra inmerso el Psicólogo clínico, surge el programa de Servicio Social *Psicoterapia en Línea, una Alternativa para la Formación Profesional en Psicoterapia*

en *Psicología Clínica*, en la Facultad de Psicología dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM; que tiene como objetivo fundamental la formación profesional de los estudiantes en el área de la salud mental, para aplicar las habilidades clínicas aprendidas previamente y conducir una terapia en la modalidad de psicoterapia en línea bajo la supervisión de personal profesional. Creándose así la posibilidad de dar terapia comunicándose a través de Internet, en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología.

El presente Informe de Practicas, menciona los antecedentes de la terapia en línea, así como las características de la misma y algunas investigaciones basadas en el uso de las nuevas tecnologías en servicios de salud mental. También se reporta los resultados obtenidos en la intervención psicoterapéutica en línea, en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, bajo el enfoque cognitivo-conductual, con una muestra de 4 participantes, de ambos sexos, con edades que oscilan entre los 20 a 50 años de edad, con sesiones por Chat o Videoconferencia, canalizados del Centro de Servicios Psicológicos (CSP), Dr. Guillermo Dávila, así como aquellos que ingresan al pedir tratamiento vía correo electrónico o por vía telefónica. Los motivos de consulta de los participantes fueron los siguientes: Déficit en la resolución de problemas, en la identificación y expresión de emociones, déficit en el manejo del estrés y miedo a hablar en público. Se hizo un análisis de resultados con aplicaciones PRE/POST tests de los inventarios de Calidad de vida, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Autoestima y Cuestionario de Satisfacción del Usuario.

Además de realizar autorregistros semanales con los pacientes para tener una perspectiva de los avances o retrocesos durante el proceso terapéutico. Todos estos aspectos son tomados en cuenta para verificar los resultados y poder concluir los beneficios y limitaciones que representa el uso de las nuevas tecnologías en el área de la psicología.

2 Antecedentes

2.1 Antecedentes Contextuales

Los últimos años se han caracterizado por los avances tecnológicos en la información, como en la comunicación, dichos adelantos están irrumpiendo de en todas las áreas de la vida. En el mundo actual han surgido nuevas realidades como el comercio electrónico a través de Internet, las universidades virtuales, la telefonía móvil, la telemedicina o las plataformas digitales y el acceso rápido a información de todas las partes del mundo.

Hasta ahora nunca las nuevas tecnologías habían tenido un papel tan preponderante en la vida cotidiana. No sólo nos ofrecen todo tipo información o formación sino que nos sirven para comunicamos con los demás. El rápido desarrollo de la sociedad y de la información trae consigo un conjunto de transformaciones económicas y sociales que cambian la base material de nuestra sociedad. Tal vez uno de los fenómenos más espectaculares sea la introducción generalizada de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación en todos los ámbitos de nuestras vidas. Están cambiando nuestra manera de hacer las cosas: de trabajar, divertirnos, relacionamos y de aprender. Puede deducirse que todos éstos cambios no sólo se ven involucrados en a la vida cotidiana sino en multitud de disciplinas científicas, entre ellas, la Psicología (Trujillo, 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)

En la década de los años 50's se introduce el uso de telecomunicaciones para servicios de salud a distancia cuando al paciente o al terapeuta no le era posible el contacto físico, a esta variante de servicio médico se le conoce como "Telesalud", las cuales resuelven principalmente el problema de limitaciones geográficas, promoviendo información y servicio de

salud tradicional y especializada, así como para abordar problemas de la gran demanda de servicio de salud.

Telesalud es una modalidad que con apropiadas adaptaciones y limitaciones hace más fácil la práctica de las habilidades profesionales a través de la distancia y la define como: "El uso de telecomunicaciones y la información tecnológica para tener acceso a evaluaciones de salud, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, educación e información a través de la distancia" (Nickelson, 1998).

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, Vitesierra, Villanueva, 2007).

En la década de los 90's, a raíz de la popularización de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC's), concretamente del uso del Internet y sus diversas herramientas, es que los Servicios de Salud Mental (SSM) hacen uso de éstas, optimizando los servicios y teniendo un mayor alcance, surgiendo así la Psicoterapia Vía Internet, la cual toma características de la consejería y de la Telesalud, teniendo como peculiaridad, que la Psicoterapia en Línea cubre las características de un proceso psicoterapéutico estandarizado, utilizando técnicas cognitivo-conductuales, haciendo uso de la lectura, escritura, entrevista y otros elementos, puestos a disposición vía Internet, economizando tiempo y dinero. Desde 1995, psicólogos de distintas tendencias han ofrecido varios servicios vía Internet; éstos abarcan desde responder a preguntas hasta realizar terapia vía e-mail. Existen actualmente una gran cantidad de grupos de ayuda coordinados por terapeutas y organizados alrededor de cualquier necesidad como lo son por ejemplo, la depresión, la infidelidad y el trauma (Segall, 2000). A diferencia del año 1996 en que pocos terapeutas ofrecían terapia a través del e-mail y Chat, en el año 2001 existían ya aproximadamente 250 o 300 clínicas de ciberterapia (Kalb, 2001).

Cutter (1996), habla del Psicoterapeuta en línea, refiriéndose a un profesional graduado y entrenado en salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta) intercambiando mensajes

(no visibles para el resto de la red) con un paciente sobre una base sistemática, con o sin horarios.

A partir del surgimiento de la modalidad de terapia a distancia, algunos autores como Suler (2000), describe la "ciberterapia" como un medio psicoterapéutico mediado por la comunicación a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional en salud mental.

De acuerdo con el Comité Nacional de Certificación de Consejeros. Inc. (2001) podemos decir que la Psicoterapia vía Internet, es la aplicación de los principios de los Servicios de Salud Mental psicológicos y del desarrollo humano, a través de lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, con estrategias sistemáticas de intervención, dirigidas al bienestar y el crecimiento personal, mediado por las TIC's.

Actualmente el desarrollo de Internet y de las telecomunicaciones permite en algunos casos, ya que no es aplicable a todos los trastornos, la posibilidad de recibir atención psicológica a distancia. Internet es un instrumento valioso para llevar a cabo sesiones de tratamiento psicológico, consultas u orientaciones psicológica a distancia (de forma complementaria a la sesión presencial o de forma exclusiva) mediante el empleo de las operaciones de intercambio de información que actualmente Internet pone a disposición de sus usuarios: correo electrónico, video y audio conferencia, páginas y programas de Chat, páginas privadas de tele-servicios sanitarios, la posibilidad de realizar llamadas telefónicas a bajo costo, etc. (Cárdenas, et. al, 2007).

Esta nueva modalidad de terapia tiene algunas desventajas por el hecho de ser a distancia, pero también tiene cualidades que la convierten en una herramienta útil.

2.1.2 Ventajas y Desventajas de la Modalidad a Distancia.

Ventajas de la Psicoterapia vía Internet.

A pesar de que Internet ofrece un tremendo potencial, debemos comprender que nuestro nivel de experiencia con este nuevo medio de comunicación es todavía limitado, y debemos tener presentes las limitaciones que el nuevo sistema de comunicación basada en texto ofrece (Trujillo, 2005).

Bermejo en (1999), enuncia las siguientes ventajas de brindar psicoterapia en línea:

- Se reducen las distancias que hay entre el paciente y psicoterapeuta, pues no todo el mundo vive en las grandes ciudades, donde es fácil ubicar a un psicólogo.
- Económicamente, es más barato tener un encuentro con el psicólogo por está vía, ya que no se invierte en gasolina, estacionamiento o transporte y se ahorra tiempo de traslado, evitando el estrés producido por el tráfico.
- Resulta más sencillo para pacientes discapacitados físicamente y que no puedan trasladarse hasta el consultorio del Psicoterapeuta, teniendo por este medio su apoyo o consulta psicológica sin moverse de su casa.
- El paciente puede enviar un correo electrónico al psicoterapeuta justo en el momento que pudiera padecer algún sentimiento, trastorno leve o conflicto, y no esperar hasta la siguiente consulta, permitiendo un contacto y hasta una mayor empatía con el psicoterapeuta.
- Con la ayuda del Internet se puede echar mano de las diferentes páginas Web que pudieran ser valiosas y proporcionar mayor información al paciente, ya sean imágenes, música, sonidos, videos, software, artículos, estadísticas o información sobre algún tema en específico.
- La desinhibición ante el terapeuta, provocada por el uso de la computadora conectada a el Internet, podría llevar a un cambio, insight o rehabilitación más rápida que en una psicoterapia tradicional.
- El psicoterapeuta podría tener ayuda de las diferentes páginas Web que también se dediquen a la intervención por Internet.

- El psicoterapeuta cuenta con un registro total del material clínico que el paciente proporciona vía Internet.
- Se eliminan gastos de mantenimiento del lugar, renta, agua, luz, movilidad u otros servicios, los cuales se verán reflejados en el bajo costo de la psicoterapia vía Internet.
- El psicoterapeuta puede asistir a supervisión a distancia, sincrónica o asincrónicamente.

De la Rosa (2007), reporta que en esta modalidad de terapia se encontró que las personas introvertidas reaccionan positivamente a la comunicación mediada por computadora, porque ésta le permite más tiempo para pensar antes de responder, a diferencia de una terapia presencial, en la cual probablemente pueden responder por sentirse juzgados por el terapeuta.

Desventajas de la Psicoterapia via Internet

Las desventajas de la psicoterapia vía Internet pueden ser muchas dependiendo de la corriente psicológica o de las características del participante. De acuerdo a Bermejo (2001), se pueden hallar ciertas desventajas en el desarrollo de una terapia por Internet, entre los que cabría destacar:

- Ausencia de comunicación no-verbal. En el ámbito de las Habilidades Sociales la comunicación no-verbal ocupa un lugar prominente a la hora de establecer un diagnóstico.
- Dificultad en el establecimiento de una buena relación terapéutica, ya que se puede ver afectada la congruencia y la empatía durante una comunicación por Chat.
- Ausencia de espontaneidad/naturalidad.
- El problema de la *asincronia*, es relevante en la terapia e-mail, es decir, mediante el intercambio de mensajes de correo electrónico. A menudo los pacientes prefieren respuestas inmediatas a sus problemas y no aceptan demoras excesivas en el correo.
- La "invisibilidad" del terapeuta puede ser generadora de ansiedad o confusión por parte del cliente no adaptado al uso de las nuevas tecnologías en la comunicación terapéutica.

- La pérdida de claves visuales y auditivas podrían originar problemas de diagnóstico, percepción de la identidad y detección de los problemas de comunicación del cliente.
- Es más difícil asegurar la confidencialidad a través de Internet que en psicoterapia presencial.
- La exposición prolongada del psicólogo ante la computadora podría causar daños físicos si no se cuenta con el equipo idóneo.
- Alargamiento de la terapia. Si no se emplea audio durante una comunicación terapéutica por Internet, un tratamiento psicológico puede extenderse en el tiempo excesivamente, ya que el volumen de información que puede ser intercambiado por escrito siempre será inferior y más lento en su transmisión que utilizando un sistema de audio.

Es importante hacer hincapié en que con el transcurso del tiempo y la evolución de la tecnología, algunas limitaciones, anteriormente mencionadas podrán beneficiarse significativamente, por ejemplo: con el desarrollo de la infraestructura tecnológica, mejorará la calidad en la transmisión de información a través de conexiones a Internet más rápida y acceso económico e ilimitado; además de la creación de leyes y regulación apropiada de los servicios psicológicos via Internet en nuestro país (Cárdenas, 2005).

2.1.3 Tipos de Comunicación en Psicoterapia via Internet (sincrónica y asincrónica)

Los servicios psicológicos a través de Internet pueden ofrecerse en dos modalidades: modalidad sincrónica (en tiempo real) a través de Chat de texto multimedia, audio, video conferencia, y teléfono por Internet; y la modalidad asincrónica (tiempo no real) a través de e-mail y foros de Web (Cárdenas, et. al, 2007).

Se entiende por comunicación sincrónica, aquella que permite que los participantes se puedan comunicar en tiempo real; aquí las personas tienen que estar conectadas al mismo tiempo, un ejemplo son los programas de Internet Relay Chat (I.R.C.), en los cuales se está en comunicación directa con la otra persona del otro lado de la computadora por medio del teclado o auditivamente y no hay retardo de respuesta como en la comunicación asincrónica (Patoni, 2003).

Siguiendo con el mismo autor encontramos que la comunicación asincrónica, es aquella en la que el usuario puede responder a la hora que quiera, un ejemplo es el correo electrónico, en el cual la comunicación puede tener mucho tiempo de retraso, sin que sea necesario que las partes involucradas se conecten al mismo tiempo, es decir están "fuera de línea".

2.1.4 Candidatos viables a psicoterapia via Internet

De acuerdo con algunos autores (Bermejo, 1999; Oravec, 2000), un tratamiento psicológico via Internet puede llevarse a cabo de forma exitosa en los siguientes casos:

- El paciente tiene dificultades para acudir al consultorio de un profesional de su localidad.
- El trastorno del paciente impide inicialmente acudir al consultorio del psicólogo, (problemas agorafóbicos, fobia social, etc.)
- Si el trastorno que presenta no le incapacita para seguir instrucciones a distancia.
- Muestra dificultades de comunicación por esta vía como el no contar con conexión a Internet, no contar con un equipo de cómputo, no saber utilizar el Chat, etc. Además de no tener la capacidad de concentración a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- Si aun pudiendo acudir a un psicólogo cerca de su lugar de residencia, opta por este medio por considerarse familiarizado con él y disponer de recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico a distancia.
- Si el trastorno presentado no tiene la consideración de muy grave o severo; siempre y cuando el trastorno sea factible de tratar por esta modalidad.

2.1.5 Herramientas en Psicoterapia via Internet

En Psicoterapia via Internet se hace uso de diferentes herramientas dispuestas en el momento de su aplicación, es decir, el Psicoterapeuta via Internet va haciendo suyas las herramientas existentes y las tecnologías que entorno a ellas se vayan desarrollando, tales como la actualización de hardware y software que la red pone a disposición. Una

consideración importante, es que el terapeuta se apegue a las herramientas a las cuales el paciente pueda tener acceso o con las cuales esté familiarizado.

Algunas de las herramientas más comunes en Psicoterapia via Internet, dispuestas en portales especializados son:

- E-mail
- Chat
- Conferencia (audio Chat)
- Video-conferencia

A través del E-mail o mensajería instantánea es posible llevar un tratamiento mediante comunicación escrita a distancia, facilitando un análisis exhaustivo de componentes verbales (Bermejo 2001).

El Chat es un servicio que funciona como espacio en el que se desarrollan las sesiones terapéuticas, también puede funcionar como grupos de auto-ayuda en línea; en el Chat escrito, aparentemente las señales no verbales casi no están a la vista, pero esto no significa que este tipo de comunicación no exista o no se pueda ver, por ejemplo para la comunicación escrita, se utilizan símbolos, frases y siglas para expresar el estado emocional (Suler, 1997).

La conferencia oral resulta más ágil, que las anteriores, sin embargo, son posibles algunos problemas técnicos en cuanto a la recepción y envío de voz, en algunos casos ésta puede ser lenta o llega a destiempo. Este tipo de comunicación nos permite evaluar una variable que en las modalidades anteriores no se puede, y es la información que dan el tono de voz y sus oscilaciones.

Aunadas las características de las herramientas anteriores, en la videoconferencia es posible un contacto visual paciente-terapeuta y aunque las herramientas no proveen el mismo nivel de intimidad experimental por personas que están sentadas en un cuarto y en proximidad física,

los diferentes tipos de videoconferencia permiten responder a las entonaciones de voz y expresiones faciales.

2.1.6 Características del terapeuta en Psicoterapia vía Internet

Hablando de las características necesarias del terapeuta para desempeñarse favorablemente en la psicoterapia a distancia es importante abordar lo dicho por Cárdenas y colaboradores (2005), quienes mencionan que además de los conocimientos básicos acerca de los trastornos psicológicos, los terapeutas deben contar con ciertas habilidades y aptitudes, sin olvidar que el éxito profesional en el campo de la práctica profesional, es también el éxito terapéutico en la mayoría de los pacientes. A continuación se mencionaran algunas competencias a tomar en cuenta por los terapeutas vía Internet.

Conocimiento y manejo de nuevas tecnologías

El manejo de herramientas en programas de texto y estadística, así como manejo de Internet y sus instrumentos (plataformas de servicio, correo electrónico, chats, etc.) es básico ya que son los instrumentos indispensables del trabajo. Así mismo el terapeuta vía Internet tendrá que resolver dudas de los pacientes con inconvenientes o desacuerdos acerca del servicio.

Habilidades de redacción y análisis

Dadas las exigencias del medio de trabajo así como las herramientas cognitivo-conductuales que se utilizan, se recomienda que el terapeuta vía Internet posea un gusto por la lectura y habilidad redactora ya que esto le permitirá expresar ideas claras en las sesiones terapéuticas y de supervisión.

Habilidades empáticas

Al hablar de empatía nos referimos a la demostración de comprensión y a la aceptación del paciente tal y como es, esto es sin prejuicios que limiten el proceso terapéutico, aceptando sus características y buscando un beneficio y crecimiento constante para ambos.

Organización y control

La organización y control es la capacidad para determinar eficazmente etapas y prioridades para obtener objetivos específicos previstos en las metas de tratamiento planteadas en el inicio de la terapia, tomando en cuenta los recursos, sistemas de control y sobre todo que esta planificación puede ir cambiando a lo largo de las sesiones.

Para este trabajo, se deben de tomar en cuenta las expectativas del paciente y elaborar junto con él las metas de tratamiento, así como los planes y los posibles obstáculos a lo largo de la terapia, para finalmente evaluar los avances y resultados con base a las metas fijadas en un inicio.

Capacidad de análisis

Se refiere a la habilidad para recabar información, a la organización de esta información, para la identificación de variables que influyan en el tratamiento. Es importante no olvidar las habilidades en el análisis de textos con fines terapéuticos ya que en gran medida la información que se obtiene es de carácter escrito.

Uso de recursos

Es la utilización y optimización de los recursos tanto técnicos como humanos, utilizándolos para facilitar y brindar un servicio profesional, apoyando al paciente para que también explote la mayoría de estos recursos en su beneficio. Para esta gestión es necesario que el terapeuta conozca todas las herramientas con las que cuenta, el equipo humano con el que trabaja y de esta manera gestionar y organizarse.

Eficacia profesional

Es el trabajo sistémico y eficaz del profesional, quien seguirá los lineamientos establecidos con precisión, con el seguimiento de los resultados obtenidos, alcanzando una alta efectividad profesional.

No hay que olvidar que el profesional de la Salud Mental está regido por lineamientos propios de Psicoterapia vía Internet, de los diagnósticos establecidos, por las normas de diagnóstico

internacionales y normas de trabajo de la APA, así como que está en constante evaluación, lo que le permite una mejora en su trabajo.

Toma de decisiones

Tomando en cuenta las normas y los modelos terapéuticos con el que se trabaja, el terapeuta tendrá que apegarse al establecimiento de metas y formulación de caso para elegir las alternativas más viables para alcanzar el éxito terapéutico, así como para analizar las consecuencias positivas y negativas de lo implementado con cada paciente y en cada decisión tomada.

Comunicación interpersonal

Se refiere a establecer una relación apropiada con el paciente para fomentar el libre intercambio de información, haciendo uso de los diferentes recursos de comunicación y aplicándolos adecuadamente a cada caso.

Trabajo Multidisciplinario en equipo

Se refiere al establecimiento de relaciones profesionales de cooperación con los demás integrantes, terapeutas, coordinadores y supervisores, esto generará un ambiente agradable de trabajo, así como la solución oportuna de problemas que puedan surgir y el enriquecimiento de herramientas e ideas acerca de las formas de trabajo.

Negociación

Es la habilidad para llegar a acuerdos, utilizando estrategias adecuadas con el fin de conseguir las metas planteadas particularmente con los pacientes.

Liderazgo

Tener habilidades de persuasión e influencia para obtener las metas de trabajo planteadas, con estrategias profesionales, así como el compromiso del terapeuta para el desarrollo y éxito del trabajo terapéutico.

Autodesarrollo

Se refiere a ser capaz de aprender de las experiencias propias y de terceros, estar en continua búsqueda de recursos para mejorar profesionalmente y personalmente. Este autodesarrollo podrá depender de la autocrítica, de las evaluaciones de pacientes y supervisores y de las metas personales y profesionales planteadas.

Autoconfianza

Además de sembrar en los pacientes esta característica, es importante que el terapeuta tenga confianza en sí mismo, en sus recursos, habilidades y procurar una actitud positiva ante las metas y objetivos propuestos, adquiriendo la responsabilidad de los problemas y éxitos obtenidos a lo largo de su desarrollo profesional.

2.1.7 Algunos estudios relacionados con la terapia via Internet

En el siguiente apartado se mencionarán algunos estudios realizados acerca de la intervención clínica utilizando las nuevas tecnologías como lo es el Internet, el chat y correo electrónico; por que a pesar de ser una herramienta novedosa se han realizado algunas investigaciones empíricas sobre su uso.

1. Baron (1998) fue uno de los primeros en explorar la naturaleza de la comunicación por E-mail. Realizando un análisis a las distintas variables, propiedades, cuestiones, cualidades, etc., que se presentan en la comunicación por este medio. Revisa el carácter lingüístico del lenguaje hablado y escrito y finalmente propone un modelo configurando el correo electrónico como una modalidad lingüística diferenciada.
2. Por otra parte Clark (1998) exploró la práctica emergente de las citas en chat por parte de jóvenes y adolescentes, mediante entrevistas, observación participante, estudios, etc. Concluye que este tipo de relaciones son un reflejo del mundo real, con adherencia a determinadas normas, pero con diferencias importantes en cuanto a aspectos relacionados con la confianza en los demás y la intimidad (Citado en Fares, 2009).

3. Callahan, Hilty y Nesbitt (1998) estudiaron la satisfacción de los pacientes sobre consultas de salud mental y resolución de problemas personales. Estos autores compararon la satisfacción personal de las personas tratadas en consultas de salud mental habituales frente a las de tele-medicina en un programa de atención primaria; en ambos casos la satisfacción era similar.
4. King y Poulos (1998) utilizaron el correo electrónico y los *chats* para solucionar un caso de fobia social y problemas de personalidad, al incluir a esa persona en *chats* de diálogos habituales para que desarrollara habilidades de interacción y perdiese el miedo al contacto con otros.
5. May, Ellis, Atkinson, Gask, Mir y Smith (1999) utilizaron la videoconferencia como instrumento en la aplicación clínica con personas con trastornos de ansiedad y depresión, y encontraron que los usuarios eran altamente críticos con las dificultades técnicas del sistema y sus propias dificultades para expresar en ese medio sus emociones y pensamientos profundos. Los resultados aquí no fueron tan satisfactorios.
6. Lange et al. (2000), basan la efectividad de la terapia vía Internet sobre las propiedades terapéuticas del escribir, las cuales se han comprobado en diversos estudios. De hecho, Lange menciona que "el escribir las preocupaciones o experiencias traumáticas pueden ser tan benéfico, para personas sanas, como una terapia cara a cara regular".
7. Schneider (1995, 1999, 2001) publica un estudio comparando la eficacia de terapia cara a cara, terapia a través del teléfono y videoconferencia. Los terapeutas tenían una misma formación cognitivo-conductual, que fue la forma de tratamiento que intentaron en cada modalidad. Las medidas para comparar fueron valoraciones globales: funcionamiento personal, cuestionario de síntomas y quejas, y escalas de satisfacción tanto de los clientes como los terapeutas. En los tres grupos, los resultados de las terapias a distancia eran similares. Funcionaron tanto las terapias sólo por audio, como las multimedia y las presenciales. Los cambios fueron no sólo en satisfacción, sino

también en las medidas clínicas antes y después del proceso terapéutico. En parte, el grado de éxito y el mantenimiento a largo plazo de los resultados se debía a la actitud de los usuarios y su comodidad al utilizar esos medios. Esta última variable, según el autor, parece una condición mediadora para un éxito permanente de la terapia a distancia.

8. Bermejo (2001) en un caso clínico de adicción al uso de *Internet* en páginas de contenido sexual, donde precisamente el autor utilizó el correo electrónico como herramienta para guiar todo el proceso de terapia con múltiples componentes, con un conjunto de técnicas cognitivo-conductuales, se tomaron datos a través de cuestionarios electrónicos, autorregistros, técnicas de autocontrol, instrucciones para hacer ejercicios y tareas para casa, diálogos para cambiar ideas distorsionadas, ejercicios de resolución de problemas y reforzamiento del terapeuta de los avances; todo ello a distancia.

2.1.8 Condiciones éticas en los servicios de psicoterapia vía Internet

Como ya hemos mencionado, actualmente el desarrollo de Internet y de las telecomunicaciones permite en algunos casos (no es aplicable a todos los trastornos) la posibilidad de recibir atención psicológica a distancia. No obstante, y a pesar de que Internet ofrece un tremendo potencial, debemos tener presente las limitaciones que el nuevo sistema de comunicación basada en texto ofrece. La terapia a través de la red implica algunas desventajas que deben ser cuidadosamente evaluadas, desde un punto de vista ético (Trujillo, 2005).

Giles (2000), refiere que algunas instituciones se han pronunciado acerca de las cuestiones éticas y legales del uso de Internet como vehículo para la psicoterapia. Varias han asentado en códigos o estándares de ética para la práctica profesional, ciertas reglas voluntarias que instan a quienes trabajan en este campo a mantener dichos estándares. Estos códigos abarcan asuntos diversos entre los que se destacan cuestiones tales como:

- La necesidad de reglamentaciones y leyes que regulen el ejercicio de esta práctica.

- La privacidad y confidencialidad de los datos del paciente.
- La información que debe estar disponible con respecto al costo, la duración y modalidad de las sesiones.
- El cuidado del acceso a este servicio de menores.
- Las acciones que deben realizarse para proteger al paciente en situaciones de crisis.
- La advertencia de problemas técnicos que puedan surgir, así como también la mención de aquellos problemas o trastornos que se consideran inapropiados para realizar psicoterapia a través de Internet.

Otro tópico que resaltan las instituciones que están en contra de llevar un tratamiento a distancia es que si entre el terapeuta y el paciente se establece una comunicación vía correo electrónico o por Chat, otros tipos de información (como la apariencia, el lenguaje corporal y el tono de voz) están siendo obviados, es decir, no son tomados en cuenta. Esto fácilmente repercutirá en hacer más difícil el diagnóstico y el control del tratamiento. Sin estas "claves" tampoco el terapeuta podrá verificar la verdadera identidad del paciente.

La confidencialidad, un elemento fundamental en la psicoterapia, fácilmente podría ser violada; por la posibilidad de "terceros" de interceptar la transmisión o de tener acceso a los mensajes. Afortunadamente, estos problemas tienen algunas soluciones viables desde el punto de vista de la tecnología, como por ejemplo, crear redes seguras y utilizar el encriptamiento y el software de verificación de usuario. La videoconferencia, que es una herramienta importante en el movimiento de la Telemedicina, también puede suplir bastantes de aquellas "claves", que están ausentes en la comunicación textual (Barrientos, 2003).

El problema de la seguridad y la confidencialidad, está siempre en Internet. Un grupo interdisciplinario conformado por Reed, McLaughlin y Miholland (2000), desarrollaron las siguientes normas para la práctica profesional de la telesalud, en especial dirigidas a la psicología a través de Internet (Patoni, 2003).

1. Los estándares básicos de conducta que gobierna cada profesión de salud no se alteran por el uso de las tecnologías que se necesitan en el servicio de Telesalud, para

la investigación de conductas o al proveer educación. Desarrollados por cada profesión, estos estándares se concentran particularmente en la responsabilidad del terapeuta que provee atención y ética de alta calidad.

2. Confidencialidad de los pacientes, de sus expedientes y la integridad de la información, en el sistema de cuidados médicos es esencial.
3. Todos los clientes involucrados en Telesalud deberán ser informados de los procedimientos, sus riesgos y beneficios, de sus derechos y obligaciones. Y deben proveer un adecuado informe de consentimiento.
4. Los servicios dados a través de Telesalud deben suscribirse a la norma básica de calidad de salud, de acuerdo a los parámetros de cada disciplina médica.
5. Cada disciplina médica deberá examinar los modos en que sus parámetros de atención se afectan al usar el sistema de Telesalud y son responsables de desarrollar sus propios medios y procedimientos para asegurar la competencia de los servicios que se provean vía Telesalud.
6. La documentación requerida para proveer estos servicios deberá desarrollarse de manera que los clientes tengan acceso a ella y que incluyan recomendaciones al tratamiento.
7. Que la comunicación con los proveedores de salud sea apropiada y que se respeten los protocolos de confidencialidad de cada paciente.
8. Los lineamientos clínicos en Telesalud deberán establecerse sobre la base de la evidencia empírica cuando se disponga de ella y del consenso profesional con las disciplinas que intervengan en cada caso.

9. La integridad y el valor terapéutico de la relación entre proveedor de salud y paciente, deberán mantenerse y no diseminarse por el uso de la tecnología de Telesalud.

10. Los profesionales de la salud no requerirán de licencias adicionales para proveer de estos servicios vía Telesalud. Al mismo tiempo, estas tecnologías no podrán usarse como vehículos para otorgar servicios que no estén legalmente autorizados o que sean ilegales.

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

El problema de establecer condiciones éticas en Internet

Phares (1999) menciona algunos de los problemas para establecer condiciones éticas en Internet:

- Un problema de la red en general, es que todavía no existe una legislación universal para regular las acciones en Internet y tampoco se han asentado las condiciones éticas para cualquier rama de la Telesalud, así como para la protección de sus usuarios. Esto se debe, en parte, por el cambio de leyes de estado o de país a país. Aunque en algunos países se han establecido reglas para esto, las transacciones fraudulentas no han parado.
- La legislación de cada región geográfica impide llegar a un acuerdo en materia de condiciones éticas y por lo tanto en el avance de esta materia. Este problema es el de la fragmentación entre profesionales de psicología, ya que muchos psicólogos se ven como competencia y no como colaboradores, obstaculizando el progreso o evolución de la psicología adaptada a los tiempos actuales.

Se ha discutido mucho acerca de las condiciones éticas que regirán la psicoterápica via Internet, sin llegar a un acuerdo en común hasta la fecha, en lo que si están de acuerdo los psicólogos, es que es necesario establecer las condiciones éticas que regirán este tipo de intervención. Algunos psicólogos han aportado sus ideas, pasando por un congreso calificador, pero cada estado tiene su problema y su propia manera de gobernar, incluyendo así más problemas. Actualmente en México no existe alguna norma o ley que regule el uso de las nuevas tecnologías para proporcionar un servicio medico.

Algunos organismos reguladores de las ciberterapias

- La American Psychological Association (APA) estableció una declaración (APA, Ethics Comité, 1997) conviniendo que en ausencia de estándares específicos para la telesalud, los psicólogos deberían tomar pasos razonables para asegurar la competencia en la provisión de servicios y la protección de pacientes, clientes, estudiantes, investigadores participantes y otros, de cualquier inconveniente, y seguir manteniendo los mismos estándares que regulan la provisión de los servicios tradicionales. El comité de ética de esta institución se encuentra trabajando en el asunto hasta la fecha, pero aún no se ha dado a conocer una reglamentación específica.
- El National Board for Certified Counselors (NBCC), desde 1995 se encuentra trabajando en examinar la práctica del web-counseling a fin de poder asesorar acerca de la posible existencia de cualquier asunto regulador que se debiera tener en cuenta. Este grupo de trabajo también desarrolló guías para la práctica del web-counseling que pudieran dar al novato consejero o terapeuta online, una visión de algunos de los peligros potenciales profesionales, éticos y legales que pudieran existir (Bloom, 1997).
- La Coalición para el Cuidado de la Salud en Internet (Internet Healthcare Coalition, 2000), es una organización, sin ánimo de lucro, no partidaria de esta situación. Desde 1997 se dedica a la identificación y promoción de recursos de calidad en el cuidado de la salud en Internet y su meta principal es educar a los consumidores y profesionales

acerca de los asuntos relacionados con la calidad de los recursos e información de la salud disponibles en Internet. Esta coalición presentó, en mayo de 2000, su primera propuesta llamada "International e-Health Code of Ethics", la cual se elaboró con el aporte de todas las instituciones claves de salud en Internet.

- También la Sociedad Internacional de Salud Mental Online, (International Society for Mental Health Online, 2000) ha elaborado una guía de sugerencias para la provisión de servicios de salud mental a través de Internet, muy similar a los códigos anteriormente mencionados, evidenciando los potenciales riesgos y beneficios de la psicoterapia (Barrientos, 2003).

Siendo la ciberterapia una actividad relativamente joven, es preciso ahondar en asuntos urgentes de telesalud para el futuro inmediato de la medicina y la psicología. Se necesitan aún investigaciones empíricas que establezcan regulaciones para ejercer la profesión, asuntos éticos la eficacia, medición de resultados y costo-efectividad, ya que esta información es esencial para poder determinar estándares de cuidado de la salud, nuevas legislaciones, necesidades de desarrollo tecnológico, también el reconocimiento de honorarios en los servicios prestados, los límites de la intervención a distancia, etc.

Quienes apoyan la terapia por Internet dicen encontrar ética la terapia online por ser ésta una instancia que ayuda a solucionar un problema psicológico, en un periodo de tiempo y precio razonable. Por su parte, quienes se encuentran en desacuerdo dicen no encontrar las éticas, ya que para el paciente o cliente queda la falta de seguridad sobre la idoneidad de habilitación legal de quien contesta en la ciberterapia lo cual representa un serio peligro.

Por ultimo, los servicios psicológicos aportados por la terapia a distancia pueden ser un tipo de intervención terapéutica útil para algunas personas. A pesar de que se espera una extensión creciente en el futuro de la ciberterapia, dada la universalidad y fácil acceso a la red, aspectos como la ética, la confidencialidad y la efectividad deben ser considerados y desarrollados en un futuro inmediato.

2.2 El modelo cognitivo conductual en la Psicoterapia en Línea

2.2.1 Intervención cognitivo-conductual en psicoterapia vía Internet

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas de la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que "como tú piensas, tú sientes y actúas". Finalmente, para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso.

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan 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); basado en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseadas, desaprendiendo la aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, mas adaptativas (Valdevieso, 1994).

Phares (1999), menciona que dentro de las tendencias psicoterapéuticas actuales, la intervención cognitivo-conductual es la terapia más ampliamente utilizada en la psicoterapia por Internet o ciberterapia, por las siguientes razones:

1. Por la facilidad que presenta para medir resultados al apearse al método científico, además de la posibilidad de llevar un seguimiento por varias semanas, midiendo sus resultados con pruebas validadas que permiten determinar la cantidad de cambio en función de la intervención y la significancia clínica del mismo.
2. Frecuentemente emplea tareas en casa que ayuda a los pacientes a desarrollar nuevas habilidades para el manejo de sus cogniciones, emociones y conductas interpersonales. La terapia vía Internet realiza estas actividades a través del correo

electrónico y sesiones de Chat, dirigiendo al paciente mediante tareas estructuradas para que sean realizadas en casa.

3. Algunas intervenciones cognitivas involucran protocolos estructurados y ejercicios que ayudan a los pacientes a modificar estilos de pensamiento desadaptados. Tales intervenciones pueden ser realizadas mediante terapia a distancia.

Los materiales de psicoeducación proporcionan retroalimentación al paciente sobre sus distorsiones cognitivas y le sugiere maneras más realistas de pensamiento, que incluyen ejercicios y tareas diseñadas para modificar conductas desadaptadas y ejercicios de reestructuración cognitiva que pueden practicar en su casa.

Las tareas pueden ser almacenadas en la computadora, lo que le permite al terapeuta proporcionar al paciente segmentos de la tarea o ejercicio completos para que el paciente pueda observar su progreso en el trabajo terapéutico (Bermejo, 1999).

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual de acuerdo a Marks (2001) son las siguientes:

- El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- La cognición media la disfunción emocional y conductual.
- Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse, vía Internet.
- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, específicamente de las variables cognitivas.
- Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- La terapia es de duración breve.
- La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.
- Los terapeutas cognitivo-conductual son directivos.

El modelo cognitivo-conductual en Psicoterapia en línea, propone algunas sugerencias prácticas de cara al uso de Internet en intervenciones clínicas (Cárdenas 2005);

I. Comunicación: la información gestual en la consulta por teléfono o Internet, es sustituida por:

- El estilo
- La convicción al escribir
- La capacidad de síntesis
- La forma de organizar el texto
- Las inflexiones del habla
- La entonación

El intercambio de correos electrónicos, el teléfono y las citas en chats escuchando las consultas y orientando al paciente adecuadamente son indispensables en cualquier tratamiento psicológico por Internet.

II. Consultas: la consulta es una práctica muy habitual a la que se recurre en Internet cuando los usuarios visitan páginas de profesionales de psicología.

III. Evaluación: no hay una forma sencilla de realizar una valoración adecuada del paciente vía Internet. Una evaluación de este tipo puede llegar a ser parcial y limitada, y si lo que se trata es realizar un estudio profundo del sujeto, es necesaria la entrevista presencial.

IV. Objetivos terapéuticos: la opción de Internet o vía teléfono no cambia el objetivo terapéutico. No obstante el psicólogo debe hacer hincapié en aplicar las estrategias necesarias.

V. Intervención: el abordaje cognitivo-conductual facilita la aplicación de estrategias desde la distancia, al menos algunas de ellas. Los procedimientos comportamentales orientados a la

reducción del estrés (y manejo de la ansiedad) pueden aplicarse por medio del envío de anexos en los correos electrónicos o chats (la desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, etc.) o se pueden descargar desde el portal de psicología online.

La terapia conductual maneja tareas en casa que ayudan a los pacientes a desarrollar nuevas habilidades para el manejo de sus cogniciones, emociones y conductas interpersonales. La terapia en línea realiza estas actividades a través del correo electrónico y sesiones de "Chat", dirigiendo al paciente mediante tareas estructuradas para que sean realizadas en casa por el paciente. Dicho enfoque, involucra protocolos estructurados y ejercicios que ayudan a los pacientes a modificar estilos de afrontamiento desadaptados; tales intervenciones pueden ser realizadas a través de terapia en línea.

El paciente puede ser enseñado por e-mail a emplear diversas estrategias cognitivas como son:

- a) Entrenamiento en relajación
- b) Reestructuración Cognitiva
- c) Identificación y control de emociones
- d) Entrenamiento en asertividad
- e) Entrenamiento en resolución de problemas

Según Goldfried (1996). Los psicólogos clínicos Cognitivo-Conductuales creen que el cambio de los síntomas disminuyen una vez producido el cambio cognitivo; éste último se origina a través de una serie de técnicas, incluyendo la práctica en nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de reestructurar pensamientos por unos más adaptativos.

2.2.2 Técnicas Cognitivo- Conductual empleadas en Psicoterapia en Línea

Para modificar los esquemas disfuncionales, la terapia Cognitivo-Conductual dispone de una serie de técnicas que son:

Entrenamiento en Relajación

La técnica de relajación constituye un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología aplicada general. (Caballo, 1995).

La relajación es una técnica que ayuda al paciente a mantener bajos niveles de tensión muscular, su finalidad es disminuir los niveles de ansiedad y estrés, mejorar la respiración, incrementar la concentración y mejorar el estado físico. La relajación complementa el trabajo con otras técnicas, fortaleciendo así, la efectividad del tratamiento, ya que le permite a la persona afrontar los factores estresantes que le dificulta lo toma de decisiones en problemas cotidianos.

La relajación actúa como un "freno" que desacelera esta activación, logrando cambios físicos benéficos, por ejemplo:

- Disminución de la velocidad del corazón
- Disminución de la velocidad de la respiración
- Disminución en la presión sanguínea
- Disminución de la tensión de los músculos

No sólo se disminuye la ansiedad. Otros beneficios adicionales de la relajación son:

- Prevenir el estrés. Cuando alguien se encuentra en un estado de relajación, por lo menos una vez al día, le da a su cuerpo la oportunidad de recuperarse de los efectos del estrés.
- Mejorar la concentración y la memoria. La práctica regular de la relajación incrementa la habilidad para concentrarse y mantener la mente libre al "razonamiento".
- Disminución del insomnio y de la fatiga. En un estado de relajación, consecuentemente se puede dormir mejor.

- Ayuda a prevenir y reducir trastornos como hipertensión, migraña, asma, úlcera, dolores de cabeza, etc.
- Incrementa la confianza en uno mismo y reduce la culpa. Para muchas personas, el estrés va de la mano con la autocrítica excesiva o los sentimientos inadecuados. Si alguien se encuentra relajado, puede tener un mejor desempeño y disminuir los sentimientos negativos.
- Incrementa los recursos del pensamiento, ya que reduce la tensión muscular, que es uno de los principales impedimentos para pensar con claridad.

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de la terapia cognitivo-conductual, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el dialogo socrático, la modelación y la practica de hábitos nuevos (Caballo, 2005).

Las creencias irracionales originan una baja autoestima, porque al tener evaluaciones negativas se pone en duda la capacidad y la valía personal. Muchas de las creencias son aprendidas dentro del ambiente social donde se da el desarrollo, estos pensamientos negativos son reforzados por otras personas como familiares, amigos u otras personas significativas en la vida del sujeto. Los pensamientos irracionales, son comunes en las personas con un trastorno de ansiedad o depresión.

El objetivo de esta técnica es enseñar al paciente a evaluar la plausibilidad, precisión o racionalidad de sus pensamientos contrastándolos con hechos y a considerar diversas opciones, más que cuestionar las creencias que subyacen a dichos pensamientos, es decir modificar los pensamientos negativos de una persona acerca de sí mismo, en donde se le instruye para poder identificarlos y reemplazados por pensamientos más adaptativos que fomenten una conducta más eficaz (Ruíz, 2004).

Esta técnica ayuda al paciente a tener pensamientos más realistas y a fortalecer la autoestima; como consecuencia la persona puede adaptarse y modificar su entorno, cambiando su manera de actuar y de sentir.

Dentro de la reestructuración cognitiva se utiliza el modelo A-B-C. Dicho modelo indica que las conductas desadaptativas son originadas por una situación activadora (A), un pensamiento negativo (B) y por una consecuencia emocional o conductual del sujeto (C). Por ejemplo:

Tabla 1. Modelo ABC

A (Acontecimiento)	B (Creencia)	C (Consecuencias)
He perdido mi trabajo	¡Debo tener ese trabajo! No puedo vivir sin él. Considero que es horrendo perderlo. Les he fallado a mi esposa y a mis hijos. No merezco vivir. ¿quién me va a dar trabajo con mi edad? etc.	Consecuencia emocional: depresión. Consecuencia conductual: quedarse acostado en vez de buscar empleo.
	Me da igual conservar o perder este puesto de trabajo.	Consecuencia emocional: indiferencia. Consecuencia conductual: búsqueda de un nuevo empleo.
	Me alegro de que me despidan. Ese puesto era muy malo y el jefe un ogro. Ahora obtendré mi liquidación.	Consecuencia emocional: alivio y alegría. Consecuencia conductual: búsqueda de un nuevo empleo.

El objetivo del modelo A-B-C es otorgar al paciente las herramientas necesarias para que logre detectar sus pensamientos y conductas, para que pueda reconocer su estilo propio de atribución de significados y logre reemplazar o modificar aquellos que no resulten útiles, por otros que le ayuden a tener una mejor calidad de vida.

Existen diferentes tipos de distorsiones cognitivas según Beck (1991), y todas estas distorsiones están relacionadas con el pensamiento de una persona con baja autoestima, es

importante identificarlas. A continuación se muestran los distintos tipos de distorsiones cognitivas:

- a) Filtraje. Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. Por ejemplo: "Pude haber disfrutado de la excursión a no ser por el pollo que estaba quemado".
- b) Pensamientos Polarizados. Las cosas son blancas o negras, buenas o malas. La persona ha de ser perfecta o es una fracasada. No existe término medio. Por ejemplo: "bueno o malo".
- c) Interpretación del Pensamiento. Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de adivinar qué sienten los demás respecto a ella. Por ejemplo: "Siempre estás sonriendo, pero se que no me quieres".
- d) Visión Catastrófica. Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decidir "Y si", ¿Y si estalla la tragedia?, ¿Y si me sucede a mí? Por ejemplo: "No nos hemos visto en dos días y creo que nuestra relación se está desmoronando".
- e) Personalización. La persona que lo sufre cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reaccionar hacia ella. También se compara con los demás, intentando determinar quién es más elegante, tiene mejor aspecto, etc. Por ejemplo: "El sujeto que está a mi lado está mejor vestido y se ve más inteligente que yo, seguro el obtendrá el empleo".
- f) Falacia de Control. Si se siente externamente controlado, se ve a sí mismo desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean. Por ejemplo: "No puedes luchar contra el sistema".
- g) Falacia de Justicia. La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella. Por ejemplo: "No es justo que salga y te diviertas mientras yo me quedo haciendo los trabajos de la casa".
- h) Culpabilidad. Las personas afirman que los demás son los responsables de su sufrimiento o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los

problemas ajenos. Por ejemplo: "Tu defecto es que todos los meses te encuentras en un aprieto".

- i) Debería. La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma. Por ejemplo: "No deberías preguntar nunca a la gente cuestiones personales".
- j) Razonamiento Emocional. Cree que lo que siente tendría que ser verdadero. Por ejemplo: "Me siento deprimido, la vida no tiene sentido".
- k) La Falacia del Cambio. Una persona espera que los demás cambien para cambiar ella misma lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello. Por ejemplo: "Si tal cosa cambiara entonces yo podría..."
- l) Las Etiquetas Globales. Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global. Por ejemplo: "Fue un perdedor desde el primer día que se presento aquí".
- m) Tener Razón. Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón. Por ejemplo: "No me importa lo que piensen, lo volvería a hacer exactamente de nuevo".
- n) La Falacia de la Recompensa Divina. Espera cobrar o que le paguen algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega. Por ejemplo: "He trabajado mucho para criar a estos niños y mira como me lo agradecen".

Identificación y Control de Emociones

Las emociones son reacciones naturales que nos permiten ponernos en alerta ante determinadas situaciones que implican peligro, amenaza, frustración, etc. Los componentes centrales de las emociones son las reacciones fisiológicas (incremento de la tasa cardiaca y de la respiración, tensión muscular, etc.) y los pensamientos. Es necesario adquirir ciertas habilidades para manejar las emociones ya que una intensidad excesiva puede hacer que las

personas las vivan como estados desagradables o les lleven a realizar conductas indeseables.

Las emociones surgen fuera del contexto pero son influenciadas por los pensamientos y percepciones. Estas nacen de la manera de percibir o interpretar los eventos externos y/o la forma de reaccionar al propio pensamiento o a autoestimación o experiencias. Si el paciente no puede identificar los estímulos particulares que desencadenan determinada emoción, entonces tal estímulo es muy probable que sea inconsciente. Las emociones son incluso reacciones al estrés. Cuando el paciente está bajo estrés, su cuerpo se encuentra en un estado de arousal psicológico similar al que acompañan las emociones.

A través de la técnica de identificación y control de emociones, se ayuda al paciente a incrementar su autoconocimiento emocional y brindarle herramientas y estrategias para identificar y expresar sus emociones más funcionalmente.

Bourne (2001), menciona que el entrenamiento de esta técnica se realiza a través de tres pasos:

- 1.- Identificación de las emociones. La identificación de una emoción se da a través del reconocer los síntomas de las emociones reprimidas, lograr estar en contacto con nuestro cuerpo y discriminando las emociones exactas.
- 2.- Expresión emocional: Una vez que se ha identificado en la vida cotidiana algunas emociones, las alternativas para expresarlas son:
 - a) Expresar la emoción
 - b) Escribir la emoción
 - c) Descargar la emoción psicológicamente
- 3.- Comunicarle las emociones a alguien. Tomar la decisión acerca de la persona que se elegirá para expresar las emociones.

Entrenamiento asertivo

La Asertividad se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás". Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y respetuosa y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria.

Kulbi (1987), describe la asertividad como la capacidad de manifestar aspectos positivos y negativos, sin lastimar u ofender a otros, independientemente de las creencias de los demás.

Es una técnica utilizada para el mejoramiento de las habilidades sociales la cual incluye técnicas que ayudan al individuo a tener más éxito en sus relaciones interpersonales, a sentirse bien consigo mismo, a modificar conductas que le ocasionen problemas como las conductas agresivas, o demasiado pasivas que en lugar de ayudarlo a encontrar soluciones le acarrearán más conflictos, ya que estas conductas dañan la autoestima (Hernández, 2005), por que influye en cómo la persona se evalúa en sus relaciones sociales, ya que si la autoestima es alta la persona se siente bien consigo misma y sin culpa. El entrenamiento del paciente implica la identificación de las situaciones problema, seguido por el modelado de respuestas más apropiadas y eficaces, a través del juego de roles, esto es recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica. La técnica del juego de rol permite al paciente experimentar una situación o acción, no sólo intelectualmente, sino también física y emocionalmente.

Entrenamiento en resolución de problemas

Oblitas (2004), define el entrenamiento en resolución de problemas como el proceso cognitivo afectivo conductual a través del cual un individuo identifica o descubre medios efectivos para enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida de cada día. Este proceso incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual.

Entiende que la solución de problemas sociales es al mismo tiempo un proceso de aprendizaje social, una técnica de automanejo y una estrategia general de afrontamiento.

El entrenamiento en solución de problemas se orienta a que la persona adquiera adecuadas habilidades de afrontamiento. Este tipo de entrenamiento, es utilizado principalmente para problemas sociales. Se enfoca en como un individuo comprende la naturaleza de los problemas vitales y los intentos que hace para modificarlos (Caballo, 1991). La no resolución de los conflictos, afecta las relaciones interpersonales y la eficacia de sentirse competente ante los retos de la vida.

La meta final de esta técnica es obtener una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta que es efectivo en alterar la situación problemática y/o las reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza otras consecuencias negativas .

Según el modelo de Nezu y D´Zurilla, que es la técnica más utilizada, la solución eficaz de un problema requiere 5 pasos (Nezu et. Al., 2003):

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación del problema
- 3) Generación de alternativas
- 4) Toma de decisiones
- 5) Puesta en práctica de la solución y verificación

La posibilidad de solucionar sus propios conflictos le permite al paciente sentirse competente y exitoso, lo que favorece la autoestima (Ruiz, 2004).

Dentro de las tendencias psicoterapéuticas actuales, la intervención cognitivo-conductual es la más ampliamente utilizada en la psicoterapia por Internet o ciberterapia. Esto se podría explicar por la facilidad que presenta para medir sus resultados y porque se apega al método

científico, además de que opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente (Phares, 1999).

3. Programa de Formación clínica e Intervención en Psicoterapia en Línea.

El programa de titulación por prácticas "Psicoterapia en Línea; una Alternativa para la Formación Profesional en Psicología Clínica", tiene como objetivo ofrecer a los estudiantes en formación, un escenario para desarrollar habilidades clínicas y prácticas profesionales, además de proporcionar una forma innovadora y alterna de llevar un proceso terapéutico, utilizando TIC's para ofrecer un servicio adecuado a la altura de las demandas.

Con este propósito durante los primeros seis meses se recibió una capacitación que abarcó los temas de Psicoterapia vía Internet, trastornos psicológicos a tratar, técnicas cognitivo-conductuales, programas de intervención y de evaluación vía Internet, habilidades terapéuticas y plataforma de servicios psicológicos vía Internet, para obtener los conocimientos necesarios para atender pacientes y llevar un proceso terapéutico apropiado bajo esta modalidad de terapia a distancia.

Los siguientes seis meses estuvieron dedicados a realizar terapia cognitivo-conductual con pacientes, canalizados del Centro de Servicios Psicológicos (CPS) "Dr. Guillermo Dávila". Estos pacientes que son referidos del CPS pasan por una evaluación previa, si su padecimiento se encuentra dentro de los criterios de leve a moderado son dirigidos a la modalidad a distancia, considerándose factible tratarlos vía Internet. Otro tipo de pacientes que atendemos son aquellos que nos contactan vía correo electrónico o por vía telefónica pidiendo tratamiento en la modalidad en línea. Dentro de los padecimientos que se tratan frecuentemente son: trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo y algunos trastornos de ansiedad como por ejemplo fobia social, fobia específica y trastorno obsesivo-compulsivo, es importante recalcar que este tipo de trastornos se tratan siempre y cuando no sean considerados como severos. El tratamiento como se ha mencionado anteriormente está basado en terapia cognitivo-conductual, este, tiene una duración de aproximadamente cuatro

meses, lo que corresponde a 16 sesiones, en ocasiones el número de sesiones pueden verse incrementadas por dificultades presentadas en sesión. Las sesiones son una por semana con una duración de hora y media. De acuerdo a las necesidades del paciente se puede manejar la modalidad de comunicación Chat o Videoconferencia.

Los últimos seis meses se dedicaron a la elaboración del reporte de prácticas, búsqueda de fuentes bibliográficas, elaboración del marco teórico, método, análisis de resultados y la presentación de los mismos, obtenidos a lo largo del proceso terapéutico en psicoterapia vía Internet.

3.1 Finalidades fundamentales que se persiguen:

Reportar los resultados obtenidos en cuatro pacientes los cuales fueron sometidos a un proceso terapéutico cognitivo-conductual con el modelo terapia a distancia o en línea. Basado en un protocolo de aproximadamente 16 sesiones con una duración por sesión de hora y media, con la finalidad de ofrecer a los participantes las herramientas necesarias de afrontamiento para reducir sus molestias y mejorar de manera gradual su calidad de vida. Así como proporcionar datos que promuevan la credibilidad y el uso de las nuevas tecnologías como un medio alternativo para ofrecer servicios psicológicos.

3.2 Objetivos específicos:

- Reportar los resultados obtenidos a lo largo de todo un proceso terapéutico cognitivo-conductual en la modalidad de psicoterapia vía Internet en 4 pacientes de ambos sexos con edades que oscilan entre 20 a 50 años, con sesiones por Chat o Videoconferencia, canalizados del CPS, Dr. Guillermo Dávila, así como aquellos que ingresan al pedir tratamiento vía correo electrónico o por vía telefónica.

3.3 Población destinataria:

Cuatro personas de ambos sexos con edades que oscilan entre los 20 a 50 años, que cumplan con los criterios de inclusión de la modalidad a distancia, que sean estudiantes o personal de la UNAM, que cuenten con las herramientas tecnológicas necesarias para llevar el tratamiento (Internet, computadora, WebCam, diadema con micrófono).

Criterios de inclusión:

- Si el paciente muestra facilidad de comunicación por esta vía y capacidad de concreción a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- Si el paciente tiene dificultades de asistir a un consultorio de un profesional, quizás por cuestiones físicas.
- Si el trastorno o trastornos presentados "no" tienen la consideración de graves o severo.
- Si el trastorno o trastornos tienen la consideración de leve o moderado.
- Si el paciente cuenta con el conocimiento del uso de la computadora e Internet.

Criterios de exclusión:

- Si el trastorno que presenta le incapacita para seguir instrucciones a distancia en cuanto a la aplicación de estrategias y técnicas de cambio terapéutico.
- Si el trastorno presentado tiene la consideración de grave o severo.
- Si el paciente muestra dificultades para comunicarse por esta vía.
- Si el paciente no está familiarizado con las nuevas tecnologías y no cuenta con las herramientas necesarias para llevar el proceso a través de la modalidad a distancia.

3.4 Espacio de trabajo:

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, edificio "D", Centro de Servicios Psicológicos, Dr. Guillermo Dávila, cubículo 18.

3.5 Fases por las que discurrió el procedimiento de formación e intervención terapéutica:

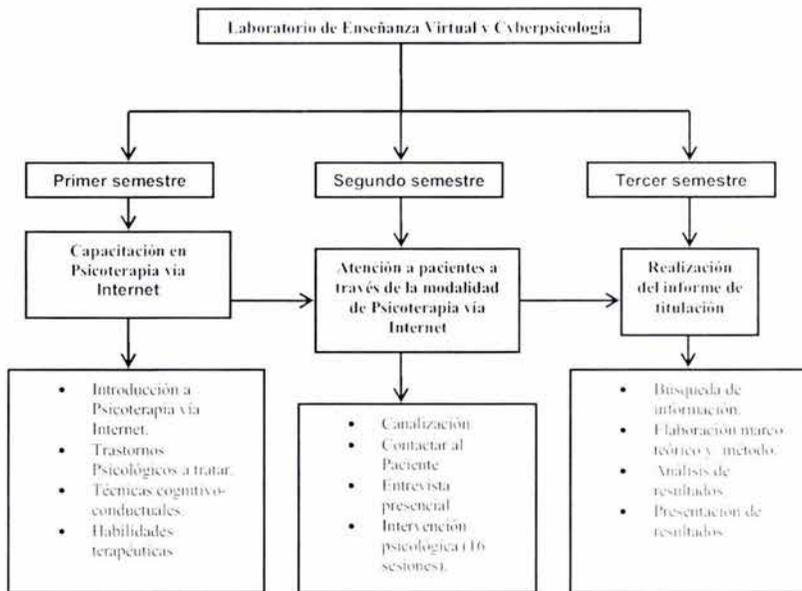


Figura 1: La primera fase corresponde a la formación terapéutica a través de un entrenamiento intensivo. En la segunda fase realizo intervención psicológica a distancia basado en el protocolo del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Cyberpsicología. En la última fase es la elaboración del proyecto de titulación.

3.6 Actividades principales contempladas en el programa:

El programa tuvo como propósito principal formar terapeutas en línea, desarrollando habilidades clínicas para conducir una terapia en la modalidad de psicoterapia vía Internet. La capacitación se concentró en los aspectos básicos que conforman la Psicoterapia en línea bajo un enfoque Cognitivo-Conductual, así como en los antecedentes de la terapia a distancia, las aplicaciones en el área clínica, los distintos tipos de comunicación (sincrónica/asincrónica),

las herramientas empleadas en la modalidad, habilidades de intervención del terapéutica en línea y la aplicación y calificación de los distintos instrumentos de evaluación.

La parte final de la capacitación se basó en las prácticas simuladas con pacientes, a fin de evaluar las habilidades clínicas adquiridas durante el curso, en donde se pretendió incorporar los conocimientos teóricos en una práctica supervisada.

Al concluir la capacitación se aprendió los conceptos básicos de la Psicoterapia via Internet, para su aplicación en el contexto de salud mental y adquirir las habilidades clínicas para la intervención psicoterapéutica bajo el enfoque Cognitivo-Conductual via Internet.

Las fases de la capacitación de Psicoterapia via Internet, así como las etapas que formaron las prácticas profesionales con pacientes son las siguientes:

Primer semestre capacitación en psicoterapia via Internet:

Introducción

- Psicoterapia via Internet
- ¿Qué es?
- Tipos de comunicación
- Pacientes candidatos a psicoterapia via Internet
- Herramientas en psicoterapia via Intente
- Mensajería (E-mail)
- Mensajería Instantánea (Chat)

Trastornos Psicológicos a tratar

- Trastornos de ansiedad
- Trastorno depresivo
- Autoestima
- Duelo y pérdida
- Habilidades sociales

- Problemas de pareja

Técnicas Cognitivo-Conductuales

- Psicoeducación, teleducación
- Entrenamiento en relajación
- Reestructuración cognitiva
- Control de emociones
- Entrenamiento en solución de problemas

Programas de intervención y evaluación vía Internet

- Programas de evaluación
- Programas de intervención para depresión
- Programas de intervención para ansiedad
- Programas de intervención para habilidades sociales

Habilidades terapéuticas

- Características del terapeuta en línea
- Habilidades del terapeuta
- Procedimiento a seguir en Psicoterapia como parte de las habilidades del terapeuta
- Elaboración del reporte clínico

Segundo semestre Atención y canalización a pacientes a través de la modalidad de Psicoterapia vía Internet.

- Se canalizan expedientes del Centro de Servicios Psicológicos, Dr. Guillermo Dávila, al considerar que el trastorno no es grave o severo, también algunos de los pacientes que atendemos en psicoterapia vía Internet nos contactan vía correo electrónico o vía telefónica pidiendo tener un tratamiento en la modalidad en línea. Algunos de los instrumentos de evaluación que es necesario que tenga el paciente en la pre-consulta son los siguientes:

A. Si recibe del CSP: Ficha de Admisión, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), Beck de depresión, Beck de ansiedad, Pre-Consulta. El inventario de Calidad de Vida y el de Autoestima se aplican en las primeras sesiones ya iniciado el proceso terapéutico en línea,

B. Si es vía telefónica o por correo electrónico cuentan: Beck de depresión, Beck de ansiedad, Solicitud de Tratamiento, Inventario de Exploración Clínica, Calidad de vida y Autoestima.

- El terapeuta deberá revisar y calificar dichas evaluaciones (si las puntuaciones son moderada o graves no es candidato para esta nueva modalidad, o si no cubre con los criterios de inclusión)

Contactar paciente

- Vía telefónica (el terapeuta deberá realizar tres llamadas)
- Enviar un correo electrónico (comunicando el tipo de tratamiento, el costo y proponiendo un horario para encontrarse con el paciente en el CSP para una primer entrevista presencial)
- En caso de no localizar al paciente vía telefónica y no de respuesta al correo electrónico se dará de baja.

Entrevista presencial

- Esta entrevista se realizará en la Facultad de Psicología, dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", ubicada en el edificio D, sótano. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora y media.
- Se tendrá que tener asignado un espacio "cubículo" en el CSP, para llevar a cabo dicha entrevista.
- Se da inicio a la entrevista presencial, la cual tiene como finalidad indagar a fondo el motivo de consulta, se menciona en que consiste la modalidad de psicoterapia vía

Internet, la cual maneja un enfoque Cognitivo-Conductual, se hablan de los costos, número de sesiones, así como de las tareas a realizar para cada sesión, al finalizar la entrevista se le da a llenar y a firmar el formato de consentimiento.

Proceso terapéutico

- Primeras tres sesiones de evaluación del motivo de consulta
- Se adecua el proceso terapéutico de acuerdo al motivo de consulta del paciente
- Ejecución del proceso terapéutico cognitivo-conductual
- Última sesión (sesión 16) se da el cierre a la terapia
- Evaluaciones Post-Tratamiento
- Seguimientos a 3, 6 y 12 meses

3.7 Material:

Computadora con Internet, audífonos, Webcams.

Instrumentos de evaluación (los cuales se describirán a continuación).

Inventario de Exploración clínica: (Caballo & Salazar, 2005). El inventario consta de 7 apartados, los cuales son respondidos por el paciente y cubren: a) datos clínicos, b) datos familiares, c) áreas de ocio, d) áreas sociales, e) datos laborales, f) relación de pareja, g) problemas y obsesiones, h) otras cuestiones. A través de este cuestionario estructurado se le pide al paciente lo conteste con la finalidad de reforzar hipótesis e información del paciente.

Inventario de calidad de vida: (Sánchez, Riveros & Andrew, 2007). El inventario consta de 57 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 6 opciones (0 a 100%). Evalúa fundamentalmente la calidad de vida y de salud de los pacientes, abordando los siguientes aspectos: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia terapéutica, relación con el medio, bienestar y salud y comentarios generales y datos sociodemográficos.

Inventario de ansiedad de Beck: (Beck, 1988). El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el síndrome de ansiedad. Esta escala es de las más utilizadas para la medición de la ansiedad. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Evalúan las diferentes manifestaciones de la ansiedad: **1. Psíquicas:** 6 ítems que exploran humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales y humor depresivo (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14). **2. Somáticas:** 7 ítems que evalúan síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y autonómicos (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). **3. Comportamentales:** 1 ítem para evaluar el comportamiento del paciente durante la entrevista. Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Inventario de depresión de Beck: (Beck, 1961). El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de Beck. Se califica sumando los números que aparecen al costado de cada respuesta.

Escala de autoestima: (Reidl, 2002). Conformada por 17 reactivos tipo likert, con cuatro opciones de respuesta, las cuales van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Mide factores de autoestima positiva (9) y factores de autoestima negativa (8).

3.8 Estrategias de evaluación:

El paciente es evaluado con los inventarios de Beck de depresión, Beck de ansiedad, Calidad de vida y Autoestima, para asegurar que se encuentra dentro de los criterios de inclusión, es decir evaluar que su trastorno no sea grave o severo. Después de analizar dichos inventarios se da inicio al proceso terapéutico, se utilizan las primeras tres sesiones para evaluar el

motivo de consulta y obtener el mayor número de información relevante del paciente y de su motivo de consulta.

Durante todo el proceso terapéutico contamos con asesorías impartidas por profesionistas capacitados, los cuales nos orientan en el diagnóstico, organización de intervención cognitivo-conductual, ejecución de técnicas psicológicas, manejo adecuado de las habilidades terapéuticas por sesión, establecimiento de metas y cierre del proceso terapéutico. Para obtener un diagnóstico apropiado se utiliza la "Formulación de casos de Nezu", el cual nos ayuda a analizar los factores determinantes en el motivo de consulta del paciente, además de implementar un programa de tratamiento adecuado. Dicho formato se divide en 7 apartados, que son: sección 1 orientación del problema, sección 2 Evaluación de variables personales y medioambientales, sección 3 determinación de factores distales y proximales, sección 4 determinación de los instrumentos de evaluación, sección 5 identificación de los problemas a intervenir, sección 6 generando alternativas y sección 7 evaluación de resultados. Es importante obtener un diagnóstico adecuado, para organizar un plan de intervención que se ajuste a las necesidades primordiales del paciente.

Al finalizar el proceso terapéutico, se realiza la evaluación post-tratamiento, en la cual se aplica Beck de depresión, Beck de ansiedad, Calidad de vida y Autoestima, con la finalidad de comparar los resultados obtenidos por parte del participante al inicio y al finalizar el tratamiento en línea. Parte importante del programa es llevar evaluaciones de seguimientos en 3, 6 y 12 meses con la finalidad de obtener información de las condiciones del paciente después de terminar el tratamiento.

4. Resultados

4.1 Resultados Clínicos de la Intervención por Internet.

A lo largo de mi estancia en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología donde logre gran parte de mi formación como terapeuta debido a la capacitación impartida por los especialistas en el uso de las nuevas tecnologías, para tratar trastornos de ansiedad utilizando la realidad virtual o el chat y la videoconferencia. Además de tener mis primeras experiencias como terapeuta dentro del programa de Psicoterapia vía Internet en la Facultad de Psicología en la UNAM, donde tuve un total de 12 participantes, de los cuales se obtuvieron 7 altas y 5 bajas. Dentro de las bajas algunas fueron por que no se obtuvo respuesta alguna por el participante al hablarle por teléfono y mandarle un correo electrónico, el protocolo de Psicoterapia vía Internet marca un total de 3 intentos de contacto. Otro motivo de baja fue que el participante decidió no tomar la modalidad a distancia, debido a sus expectativas y necesidades de llevar otro tipo de tratamiento psicológico. El 60% de las bajas se presentaron en participantes referidos del CPS. El 40% restante son participantes que se enteran de la modalidad de llevar un proceso terapéutico a distancia y nos piden un servicio contactándonos vía correo electrónico. Dentro de las 7 altas, 29% son participantes referidos del CPS y el 71% son participantes que ingresan a la modalidad tras pedir tratamiento vía correo electrónico.

Al hablar del género de los participantes el 73% fueron de sexo femenino, el 27% restante fueron del sexo masculino. Las edades de los participantes oscila entre los 20 y 50 años de edad, donde el 73% fueron participantes entre los 20 y 29 años de edad, 9% de 30 a 39 años de edad, otro 9% entre 40 a 49 años de edad y el 9% entre 50 o más años de edad. Los 7 participantes cuentan con estudios a nivel Licenciatura, además de tener las herramientas y conocimientos necesarios de las nuevas tecnologías para llevar un tratamiento en la modalidad de psicoterapia a distancia.

A continuación se mostrarán los resultados obtenidos a lo largo del proceso terapéutico en la modalidad de psicoterapia vía Internet en cuatro participantes con distintos motivos de consulta y los cuales son considerados como aquellos que obtuvieron resultados más favorables y aquellos en los que se presentaron complicaciones en el proceso terapéutico por distintas

variables. Los cuatro participantes tienen las siguientes condiciones: El 50 % son referidos del CPS, con un proceso terapéutico por Chat y por Videoconferencia. El otro 50% son referidos por contacto directo, con un proceso terapéutico por Chat y por Videoconferencia.

4.2 Participante 1.

La participante ingresa a terapia al pedir el tratamiento enviando un correo electrónico con sus datos personales, motivo de consulta e informando del medio por el cual se enteró del servicio de psicoterapia vía Internet. Se realiza una pre-consulta para indagar si la paciente cuenta con las herramientas y conocimientos necesarios de las nuevas tecnologías, además de hacer un análisis de su caso para decidir si es factible o no iniciar un proceso terapéutico a distancia. En su motivo de consulta refiere que el problema es que se encuentra realizando múltiples cosas al mismo tiempo por miedo a que se le este pasando el tiempo (este miedo está relacionado con su edad), siente que no aprovecha a su familia, sus relaciones sociales han disminuido por lo mismo. Por esta falta de atención hacia sus hijas estas le recriminan ya que la mayor del tiempo se encuentra trabajando y no les dedica tiempo. Debido a sus conflictos la paciente presenta tensión muscular en piernas y palpitaciones. Fue diagnosticada con déficit en solución de problemas, déficit en el manejo de estrés. La modalidad por Chat se cambio después de la sesión número 4 a videoconferencia.

Plan de trabajo:

Técnica	Total de no. Sesiones 16	Objetivos
Evaluación / Relajación	5	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir niveles de ansiedad y estrés • Incrementar la concentración • Aumentar la conciencia del cuerpo
Control de Emociones	3	<ul style="list-style-type: none"> • Sincronizar con su cuerpo, incrementará su autococimiento emocional, discriminar emociones • Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar de manera adecuada sus emociones.

Técnica	Total de no. Sesiones	Objetivos
Creencias Irracionales	4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar Creencias irracionales • Control de Creencias Irracionales • Crear una creencia adaptativa • Generalizar esta habilidad hasta que el paciente logre dominar la técnica.
Solución de Problemas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar y elaborar alternativas de solución a problemas específicos • Fomentar las estrategias cognitivas básicas ante las dificultades, logrando aplicarla a problemas concretos • Desarrollar el sentido de control y autoeficacia
Asertividad / Cierre	2	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad al expresar sus emociones y sentimientos • Decir no cuando haya algo que no gusta o no se desea • Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercana con sus padres, familia y compañeros

Tabla 1.1. Formulación del proceso terapéutico para el participante no. 1

Antecedentes: Su ambiente familiar fue desfavorable, ya que la participante reporta haber tenido una infancia en constante estrés, menciona que el permanecer en su hogar lo veía como algo indeseable, desde que recuerda que su madre fue muy exigente con ella, esto relacionado con el motivo de consulta nos deja ver que la ansiedad está presente a lo largo de su vida.

Instrumentos de evaluación aplicados:

- Inventario de Calidad de vida
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck

- Inventario de Autoestima
- Escala de Automejoria

Inventario de Calidad de Vida

ESCALAS DE MEDICION	PRE	POST
PREOCUPACIONES	2	0
DESEMPEÑO FÍSICO	8	15
AISLAMIENTO	3	1
PERCEPCIÓN CORPORAL	16	4
FUNCIONES COGNITIVAS	9	1
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO	0	0
TIEMPO LIBRE	6	0
VIDA COTIDIANA	7	0
FAMILIA	16	17
REDES SOCIALES	9	16
DEPENDENCIA TERAPEUTICA	0	0
RELACIÓN CON EL TERAPEUTA	16	16
PERCEPCIÓN GENERAL	2	3

En la tabla 1.2 se observa los resultados obtenidos por la participante a lo largo del proceso terapéutico en el inventario de calidad de vida, dicho inventario se divide en sub-escalas, así como la percepción del participante en su calidad de vida.

Los cambios más significativos se observan en las siguientes sub-escalas: Dentro del motivo de consulta de la paciente se encuentran las **Preocupaciones** debido a la sobrecarga de trabajo, en esta sub-escala hubo un decremento, por lo que podemos decir que la paciente aprendió a manejar sus emociones además de confrontar de una manera más accesible los problemas. En el **Desempeño físico** también se presentó un decremento lo cual nos indica que la paciente tiene un menor desgaste físico en sus actividades diarias. Haciendo contraste con las dos sub-escalas anteriores tenemos que en el **Tiempo libre** decremento de 6 a 0, indicando que la paciente aun tiene gran carga de trabajo, pero rescatamos que la participante al finalizar el tratamiento tiene un mejor autocontrol y no percibe como estresante la

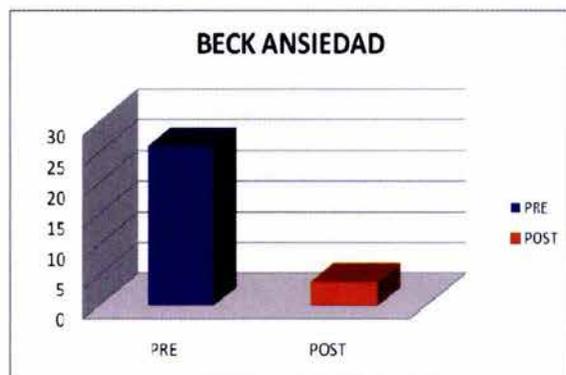
saturación de trabajo. Su relación con su **Familia** incremento dos puntos, quizás no sea tan significativo pero era parte de los objetivos del tratamiento el que la paciente lograra mejorar su relación con los miembros de su familia. También se presento un aumento en sus **Redes sociales**, lo que indica que se genero un incremento en sus habilidades sociales. Ya por último en su percepción general de calidad de vida incremento un punto, en comparación de su percepción al iniciar el tratamiento.

Inventarios de Ansiedad y Depresión

BECK DE ANSIEDAD	
PRE	26
POST	4

Tabla 1.3 muestra las aplicaciones y puntajes en el inventario de ansiedad, al inicio y al final el tratamiento despues de 4 meses.

Gráfica 1.3 Resultados Beck Ansiedad

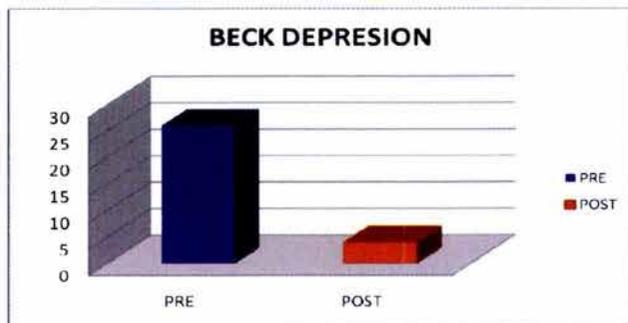


Grafica 1.3: muestra el PRE/POST obtenidos en dicho inventario antes y después del proceso terapéutico, se observa como la participante disminuyo notablemente su ansiedad al terminar tratamiento.

BECK DE DEPRESIÓN	
PRE	26
POST	4

La tabla 1.4 muestra las aplicaciones así como las puntuaciones en el inventario de depresión, al inicio y al final del tratamiento después de 16 semanas.

Resultados Beck de Depresión



Gráfica 1.4: Esta gráfica muestra el PRE/POST del inventario de depresión. Se observa que hubo una reducción en los síntomas depresivos al terminar el proceso terapéutico en línea.

Inventario de Autoestima

Aplicación	A.P.	A.N
PRE	31	11
POST	32	14

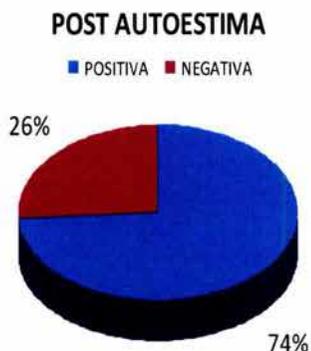
La tabla 1.5 muestra las aplicaciones, así como los resultados obtenidos en la escala de autoestima (Yo como persona), al inicio y al finalizar el tratamiento.

Gráfica 1.5 Resultados PRE Inventario de Autoestima



Gráfica 1.5 se muestra los resultados obtenidos por la participante en el inventario de autoestima al iniciar el tratamiento a distancia. Se observa como inicia el tratamiento con un 30% de autoestima negativa (A.N) y con un promedio de 70% en el autoestima positiva (A.P).

Gráfica 1.5.1 Resultados POST Inventario de Autoestima



Gráfica 1.5.1 muestra los porcentajes en el inventario de autoestima al finalizar el tratamiento en línea, se observa un autoestima positiva (A.P) en 74% y una autoestima negativa (A.N) en 26%. Indicando un incremento en el autoestima por parte de la participante 1 al finalizar el tratamiento a distancia.

Escala de Automejoría

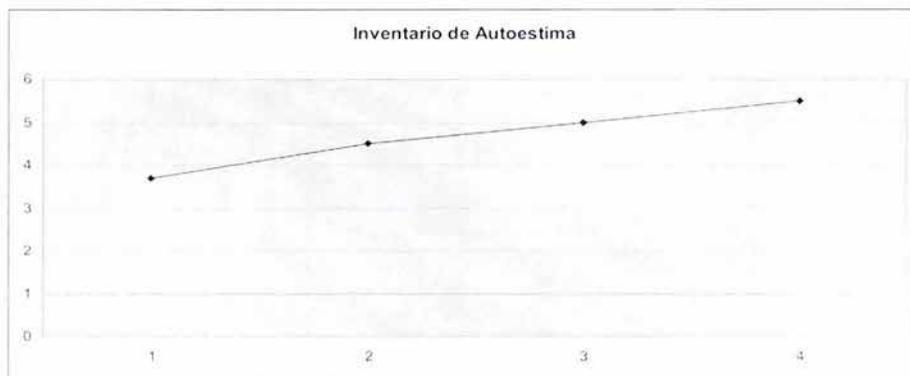
Puntaje	
1	Muchísimo Peor
2	Bastante Peor
3	Un poco Peor
4	Sin cambios
5	Un poco Mejor
6	Bastante Mejor
7	Muchísimo Mejor

Tabla 1.6 Escala de evaluación de automejoría.

No.Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Puntaje	3	4	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	6	5	6

Tabla 1.7. Muestra el número de sesiones realizadas a lo largo del proceso terapéutico, así como las puntuaciones en la escala de automejoría.

Gráfica 1.7 Resultados Escala de Automejoría



La grafica 1.7 muestra los datos de mejoría que presentó la participante a lo largo de las 16 sesiones. Se observa un incremento de la percepción de su automejoría de la participante hacia el final del proceso terapéutico.

Resultados Finales: La participante a lo largo del proceso terapéutico logró disminuir sus niveles de estrés, trabajando técnicas de reducción de ansiedad, también decremento sus malestares físicos como la palpitación y la tensión en las piernas. Trabajando la resolución de problemas la paciente estableció tiempos y horarios para cada una de sus actividades, con dicha técnica obtuvo como resultado dedicar tiempo a su familia y así misma, con esto se vio mejorada la relación con su esposo e hijas. Con la reestructuración cognitiva logro cambiar pensamientos que le desfavorecía la toma de decisiones, así como se mantuvo la autoestima positiva al cambiar pensamientos que tenía arraigados desde su infancia, los cuales también influan directamente en su estrés. Al final del tratamiento se vieron aumentadas sus habilidades sociales al expresar asertivamente sus emociones.

4.3 Participante 2.

La participante ingresa a terapia al pedir el tratamiento enviando un correo electrónico con sus datos personales, motivo de consulta e informando del medio por el cual se entero del servicio de psicoterapia vía Internet. Se realiza una pre-consulta para indagar si la participante cuenta con las herramientas y conocimientos necesarios de las nuevas tecnologías, además de hacer un análisis de su caso para decidir si es factible o no iniciar un proceso terapéutico a distancia. Como motivo de consulta la participante refiere que se le dificulta hablar en público y participar con comentarios o respuestas dentro de algún grupo de personas, ante estas situaciones presenta diferentes molestias físicas como temblores que le impiden sostener alguna cosa en sus manos como un micrófono, dolor de cabeza, estomago, sudoración, palpitaciones, temblor en la voz, incapacidad para expresar emociones, se ruboriza, problemas para mirar directamente a los ojos, náuseas. Estos malestares se le presentan desde el momento en que sabe que hay la posibilidad de hablar frente a otras personas (asi sean minutos o meses antes), durante y después. La mayoría de las ocasiones evita hacerlo, y cuando lo evita menciona que se siente mal emocionalmente, especialmente se enoja consigo misma. Es algo que le ha limitado en algunos ámbitos de su vida ya que las molestias no solo se presentan frente a un público grande, sino hasta con una persona conocida o desconocida. Fue diagnosticada con "miedo a hablar en público". La modalidad a lo largo de las sesiones con la paciente fue comunicación via Chat.

Plan de trabajo:

Técnica	Total de no. Sesiones (16 sesiones)	Objetivos
Evaluación / Relajación	4	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir niveles de ansiedad y estrés • Incrementar la concentración • Aumentar la conciencia del cuerpo
Creencias Irracionales	4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar Creencias irracionales • Control de Creencias Irracionales • Crear una creencia adaptativa • Generalizar esta habilidad hasta que el paciente logre dominar la técnica.
Control de Emociones	3	<ul style="list-style-type: none"> • Sincronizar con su cuerpo, incrementará su autococimiento emocional, discriminar emociones • Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar de manera adecuada sus emociones.
Solución de Problemas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar y elaborar alternativas de solución a problemas específicos • Fomentar las estrategias cognitivas básicas ante las dificultades, logrando aplicarla a problemas concretos • Desarrollar el sentido de control y autoeficacia
Asertividad / Cierre	2	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad al expresar sus emociones y sentimientos • Decir no cuando haya algo que no gusta o no se desea • Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercana con sus padres, familia y compañeros

Tabla 2.1. Formulación del proceso terapéutico para el sujeto no. 2

Antecedentes: Ambiente familiar desfavorable para la expresión emocional, considera que su padre tiene una gran influencia en su padecimiento ya que es una persona que le cuesta trabajo expresarse, su forma de dirigirse a los demás es normalmente a gritos, esta situación origino la separación de sus padres. La participante menciona que en su familia nunca les ha gustado expresarse ante las demás personas, esto puede ser un factor que genere su inseguridad al hablar. Desde muy temprana edad le ha costado hablar frente a un público y ante personas de autoridad como los maestros, en ocasiones también con sus padres, una situación que le ocasiono mucho estrés fue la separación de su pareja ya que en ocasiones se vio amenazada por él.

Instrumentos de evaluación aplicados:

- Inventario de Calidad de vida
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Autoestima
- Escala de Automejoria

Inventario de Calidad de Vida

ESCALAS DE MEDICIÓN	PRE	POST
PREOCUPACIONES	7	4
DESEMPEÑO FÍSICO	18	18
AISLAMIENTO	2	1
PERCEPCIÓN CORPORAL	0	0
FUNCIONES COGNITIVAS	10	8
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO	0	1
TIEMPO LIBRE	7	4
VIDA COTIDIANA	8	3
FAMILIA	20	20
REDES SOCIALES	16	18
DEPENDENCIA TERAPÉUTICA	8	5
RELACIÓN CON EL TERAPEUTA	13	13
PERCEPCIÓN GENERAL	6	8

Tabla 2.2. Representa las distintas sub-escalas del inventario de calidad de vida, así como las puntuaciones obtenidas al inicio y al final del tratamiento.

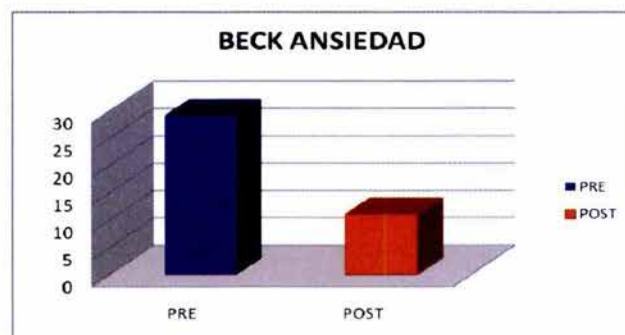
Dentro de las sub-escalas del inventario de calidad de vida aquellos cambios más significativos fueron los siguientes: Dentro de las **Preocupaciones** hubo un decremento de 3 puntos, lo cual nos indica que la participante ha adquirido la habilidad de relajarse y de afrontar de mejor forma aquellas situaciones que antes la estresaban y ocasionaban malestares físicos. Se presentó un incremento de un punto en **Actitud** ante el tratamiento, indicando una mejor el desenvolvimiento de la participante hacia el tratamiento en general, esto también nos habla de que se presentó una buena adherencia al tratamiento. En **Redes sociales** también se presento un incremento de 2 puntos, indicando que la participante mejoro sus habilidades sociales por medio de la asertividad y la expresión de emociones. Un punto importante es que decremento la dependencia terapéutica, lo cual nos habla de que la participante es una persona que aprendió a depender de si misma y no necesitar de alguien más para lograr metas. Por último se ve un aumento en su percepción general de su calidad de vida, esto es un indicador de que la terapia a distancia ayudo a la paciente a mejorar su percepción propia.

Inventarios de Depresión y Ansiedad

BECK DE ANSIEDAD	
PRE	29
POST	11

Tabla 2.3. Muestra las puntuaciones en el inventario de ansiedad al inicio y al finalizar el tratamiento a lo largo de 16 semanas.

Grafica 2.3 Resultados inventario de ansiedad.

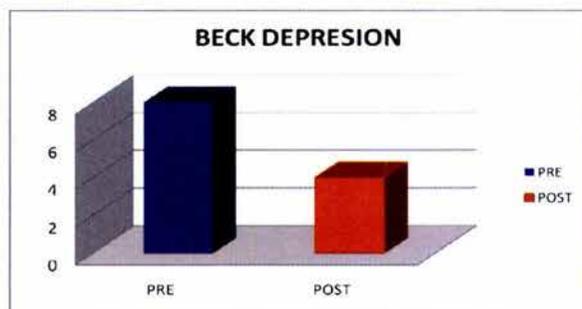


Grafica 2.3: muestra el PRE/POST obtenidos en dicho inventario antes y después del proceso terapéutico. Se observa como la participante disminuyo notablemente su ansiedad al terminar el tratamiento.

BECK DE DEPRESIÓN	
PRE	8
POST	4

Tabla 2.4. Muestra las aplicaciones Pre/Post, así como las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión a lo largo de 4 meses.

Gráfica 2.4 Resultados Inventario de depresión.



Gráfica 2.4: Esta gráfica muestra los resultados obtenidos por la participante en su PRE/POST del inventario de depresión, se observa que hubo una reducción en los síntomas depresivos al terminar el proceso terapéutico en línea.

Escala de Autoestima.

Aplicación	A.P.	A.N.
PRE	27	10
POST	32	9

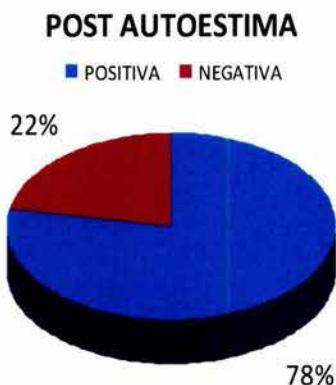
Tabla 2.5 muestra las aplicaciones de la escala de autoestima (Yo como persona), así como las puntuaciones obtenidas al iniciar y finalizar el tratamiento.

Gráfica 2.5 Resultados PRE Inventario de Autoestima



Gráfica 2.5 muestra los resultados obtenidos por la participante en el inventario de autoestima al iniciar el tratamiento a distancia. Se observa un porcentaje de 73% en la autoestima positiva (A.P.) y un porcentaje de 27% en la autoestima negativo (A.N.).

Gráfica 2.5.1 Resultados POST Inventario de Autoestima



La gráfica 2.5.1 muestra los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento a distancia, se observa un aumento en la autoestima positivo (A.P) con un 78% en comparación con el inicio del tratamiento. También se observa un decremento de la autoestima negativa (A.N) con un 22%.

Escala de Automejoría:

Puntaje	
1	Muchísimo Peor
2	Bastante Peor
3	Un poco Peor
4	Sin cambios
5	Un poco Mejor
6	Bastante Mejor
7	Muchísimo Mejor

Tabla 2.6 Escala de evaluación de automejoría.

No Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Puntaje	3	6	4	4	5	6	4	5	4	7	5	7	6	5	7	6

Tabla 2.6 muestra el número de sesiones realizadas a lo largo del proceso terapéutico, así como las puntuaciones en la escala de automejoría.

Gráfica 2.7 Resultados Escala de Mejoría



La gráfica 2.7 muestra los datos de mejoría que presentó con respecto al inicio del tratamiento a lo largo de las 16 sesiones. Se dividieron las puntuaciones en 4 secciones, la sección 1 corresponde de la sesión 1 a la 4, con un porcentaje de 4.25, la sección 2 correspondió de la sesión 5 a la 8, con un porcentaje de 5, la sección 3 corresponde de la sesión 9 a la 12, con un porcentaje de 5.75, la última sección correspondió de la sesión 13 a la 16, con un porcentaje de 6. Se observa un incremento de la percepción de automejoría de la participante hacia el final del proceso terapéutico.

Resultados Finales: La participante a lo largo del proceso terapéutico adquirió las herramientas necesarias para lograr confrontar el miedo que presentaba al hablar ante un público o ante personas que percibía como autoridades. Ha logrado participar en clases, hablar en reuniones, además de ya no presentar los síntomas anticipados como el dolor de cabeza, las palpitaciones, ruborización, sudoración, malestar estomacal, los cuales se mostraban antes de hablar. Parte importante para lograr esto fue que adquirió las habilidades necesarias de afrontamiento como es el relajarse, el cambiar sus pensamientos negativos por pensamientos positivos, el cambio en la percepción la situación problema así como el ser más consciente de sus emociones.

4.4 Participante 3

El participante ingresa a Psicoterapia online al ser canalizado del CSP, argumenta "Sentirse muy solo porque le cuesta trabajo vincularse emocionalmente con las mujeres, pues siente temor a ser rechazado por ellas al no ser interesante". Fue diagnosticado con déficit en la identificación y expresión de emociones y baja autoestima. Presenta estrés y ansiedad, dificultades para manejar su enojo, pocas habilidades sociales; dentro de su discurso se detectan creencias irracionales y frases auto-derrotistas. El participante al ingresar a la modalidad presenta resistencias al tratamiento, argumentando que el prefiere una terapia presencial. El proceso terapéutico al inicio fue por Chat y después de la sesión número 9 se continuó realizando por videoconferencia, debido a las características personales del participante y para incrementar la adherencia al tratamiento. Como se mencionó anteriormente el protocolo de tratamiento de Psicoterapia en línea marca 16 sesiones, en esta ocasión con el participante 3 se llevaron 18 sesiones ya que en ocasiones se tuvo que confrontarlo debido a sus resistencias al tratamiento.

Plan de trabajo:

Técnica	Total de no. Sesiones 18	Objetivos
Evaluación / Relajación	5	<ul style="list-style-type: none">• Disminuir niveles de ansiedad y estrés.• Incrementar la concentración• Aumentar la conciencia del cuerpo
Control de Emociones	4	<ul style="list-style-type: none">• Sincronizar con su cuerpo, incrementará su autoconocimiento emocional, discriminar emociones• Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar de manera adecuada sus emociones.
Creencias Irracionales	5	<ul style="list-style-type: none">• Identificar Creencias irracionales• Control de Creencias Irracionales• Crear una creencia adaptativa• Generalizar esta habilidad hasta que el paciente logre dominar la técnica.
Solución de Problemas	2	<ul style="list-style-type: none">• Aprender a identificar y elaborar alternativas de solución a problemas específicos• Fomentar las estrategias cognitivas básicas ante las dificultades, logrando aplicarla a problemas concretos• Desarrollar el sentido de control y autoeficacia

Técnica	Total de no. Sesiones	Objetivos
Asertividad / Cierre	2	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad al expresar sus emociones y sentimientos • Decir no cuando haya algo que no gusta o no se desea • Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercana con sus padres, familia y compañeros

Tabla 3. Formulación del proceso terapéutico para el participante no. 3

Antecedentes: Ambiente familiar desfavorable para la expresión emocional, padre alcohólico, maltrato psicológico por parte de padre, en el la pre-consulta refiere lo siguiente: "dice que esta inseguridad que siente proviene de la familia, pues sus padres quienes lo tuvieron a una edad madura, nunca fueron cariñosos con él, por lo que el paciente siempre se sintió abandonado, además, debido al alcoholismo que padeció su padre y la violencia física y emocional que ejerció sobre la familia", en la familia hay una nula expresión de emociones por parte de los padres, la madre lo tuvo a una edad donde pudo ser embarazo de alto riesgo, su relación con hermanos empeoro después de una pelea, dice que casi no le habla a ningún miembro de la familia.

Instrumentos de evaluación aplicados:

- Inventario de Calidad de vida
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Autoestima
- Escala de Automejoria

Inventario de Calidad de Vida

ESCALAS DE MEDICIÓN	PRE	POST
PREOCUPACIONES	3	9
DESEMPEÑO FÍSICO	20	19
AISLAMIENTO	1	1
PERCEPCIÓN CORPORAL	1	2
FUNCIONES COGNITIVAS	2	5
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO	4	5
TIEMPO LIBRE	3	2

ESCALAS DE MEDICIÓN	PRE	POST
VIDA COTIDIANA	0	5
FAMILIA	11	17
REDES SOCIALES	9	14
DEPENDENCIA TERAPÉUTICA	3	13
RELACIÓN CON EL TERAPEUTA	13	9
PERCEPCIÓN GENERAL	6	8

En la tabla 3.2 se observan los resultados obtenidos por el participante a lo largo del proceso terapéutico en el inventario de calidad de vida, dicho inventario se divide en sub-escalas, así como la percepción del participante en su calidad de vida.

Los cambios más significativos se observan en las siguientes sub-escalas:

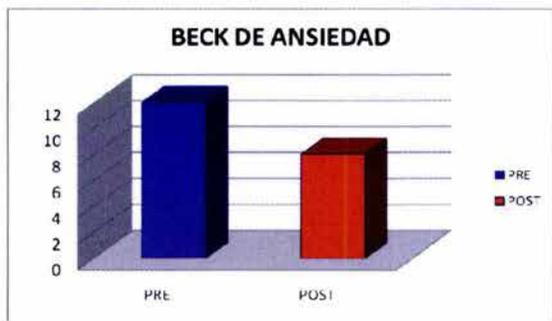
Preocupaciones se observa un incremento de 3 a 9 puntos, quizás este incremento se deba a que él paciente se encuentra realizando su tesis y refiere que se le a complicado su realización debido a problemas con su director. En las **Funciones Cognitivas**, se presentó un aumento de 2 a 5 puntos, lo que nos sugiere que incrementó su capacidad de memorización, atención y solución de problemas. En la **actitud al tratamiento** se presentó un aumento de un punto esto es relevante ya que el participante ingresó al tratamiento con bajas expectativas de la modalidad, además de que presentaba resistencia y baja adherencia terapéutica. En la sub-escala de familia incrementó de 11 a 17 puntos, lo cual nos indica que el paciente logró mejorar su percepción de su familia. Las **redes sociales** se vieron aumentadas al final del tratamiento de 9 a 14, él participante mejoró sus habilidades de desenvolvimiento. En **dependencia terapéutica** se presentó un incremento de 3 a 13 puntos, mostrando que el participante requiere de una persona para regular sus actos. En la **relación con el terapeuta** se presentó un decremento de 4 puntos indicando que el participante desconfió de las habilidades del terapeuta. En la **percepción general** hubo un incremento de 2 puntos, lo cuál nos indica si mejoro su percepción en la calidad de vida.

Inventarios de Ansiedad y Depresión

BECK DE ANSIEDAD	
PRE	12
POST	8

Tabla 3.3 representa el Pre/Post en el inventario de ansiedad. Al inicio del tratamiento y al finalizar el mismo después de 18 semanas.

Gráfica 3.3 Resultados Beck de ansiedad

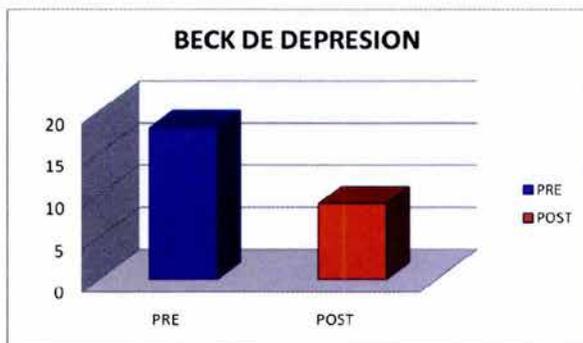


La gráfica 1.3 muestra las puntuaciones obtenidas en el PRE/POST, del inventario de ansiedad de Beck. De acuerdo a los resultados obtenidos en dicho inventario antes y después del proceso terapéutico, se observa como el participante disminuyó su ansiedad al terminar el tratamiento.

BECK DE DEPRESIÓN	
PRE	18
POST	9

Tabla 3.4 representa los resultados del Pre/Post en el inventario de depresión, al iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo después de 4 meses y medio.

Gráfica 3.4 Resultados del Inventario de Depresión



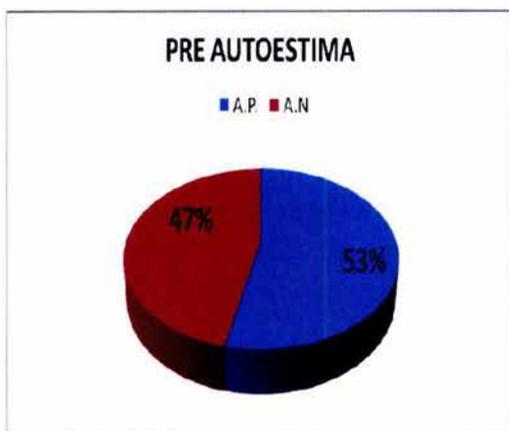
La gráfica 3.4 muestra el PRE/POST del inventario de depresión. Se observa que hubo una reducción en los síntomas depresivos por el participante al finalizar el tratamiento en línea.

Inventario de Autoestima

Aplicación	A.P.	A.N.
PRE	23	20
POST	30	17

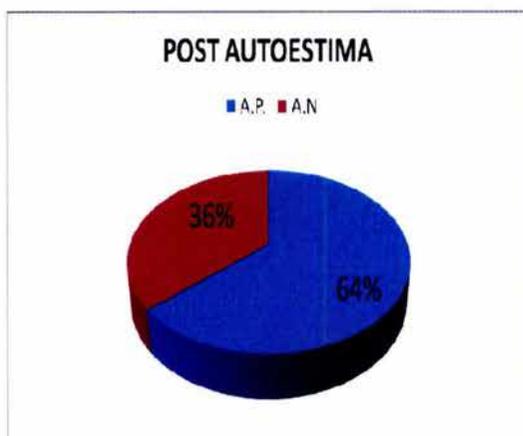
Tabla 3.5 representa los resultados que se obtuvieron en la aplicación del inventario de autoestima en un Pre/Post.

Gráfica 3.5 Resultados PRE del Inventario de Autoestima



La gráfica 3.5 muestra los puntuaciones obtenidos por el participante al iniciar el proceso terapéutico en el inventario de autoestima, puntúa con un 53% en autoestima positiva (A.P), y registra con 47% en autoestima negativa (A.N).

Gráfica 3.5.1 Resultados POST del Inventario de Autoestima



En la gráfica 3.5.1 se observa como hubo un aumento en la autoestima positiva (A.P) a 64% y un decremento en la autoestima negativa (A.N.) a 36% comparada con los porcentajes obtenidos al inicio del proceso terapéutico

Escala de Automejoría

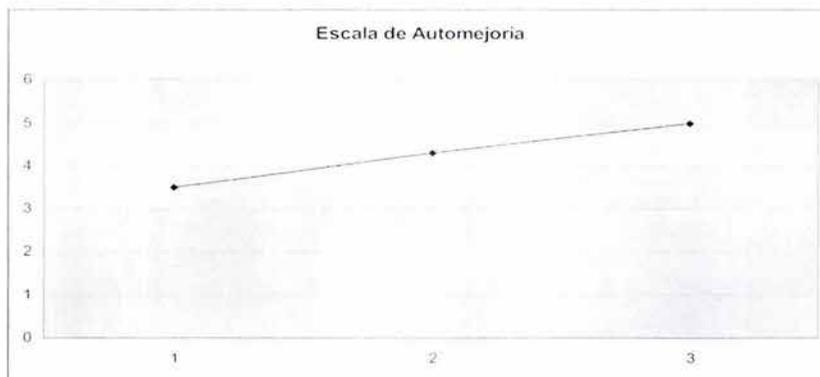
Puntaje	
1	Muchísimo Peor
2	Bastante Peor
3	Un poco Peor
4	Sin cambios
5	Un poco Mejor
6	Bastante Mejor
7	Muchísimo Mejor

Tabla 3.6 Escala de evaluación de automejoría.

No Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Puntaje	2	5	2	5	3	4	5	4	2	5	5	5	4	5	4	4	4	4

Tabla 1.7, representa las puntuaciones obtenidas por el paciente en la escala de automejoría en 18 sesiones.

Gráfica 3.7. Resultados Escala de Automejoría



La gráfica 1.7 muestra los datos de mejoría que presentó el participante con respecto al inicio del tratamiento a lo largo de las 18 sesiones. Los resultados de la escala de automejoría fueron divididos en 3 secciones, la primera sección corresponde de la sesión 1

a las 6, se sumaron las puntuaciones y se sacó un promedio donde se obtuvo un total de 3.5, la sección dos corresponde de la sesión 7 a la 12, donde se obtuvo un total de 4.3 y la sección 3 corresponde de la sesión 12 a la 18 donde se obtuvo un total de 5. En la gráfica se observa una línea ascendente lo que nos indica que el participante mejoró al finalizar el tratamiento en cuanto su autopercepción de mejoría comparada con la de un inicio.

Resultados Finales: Al finalizar el tratamiento en línea el participante logró adquirir las herramientas necesarias de afrontamiento, así como la habilidad de identificar y expresar de manera asertiva sus emociones, al mismo tiempo logró modificar sus pensamientos negativos por pensamientos adaptativos, los cuales le ayudarán a mejorar su autoestima como consecuencia el participante podrá adaptarse y modificar su entorno, cambiando su manera de actuar y de sentir. Otras de las habilidades adquiridas fue el aprender la respiración lenta, esta técnica lo ayudará a disminuir sus niveles de estrés y ansiedad ante ciertas situaciones que anteriormente le ocasionaban malestares. También se observa que el participante al final del tratamiento disminuyó los síntomas depresivos, incremento de sus redes sociales y aumento de la relación familiar.

Sin embargo se presentaron algunos conflictos al terminar la modalidad en línea como es el incremento de la dependencia terapéutica y una poca adherencia terapéutica por lo cual se le sugirió al participante continuar trabajando con cada una de las técnicas cognitivas conductuales.

4.5 Participante 4

La participante ingresa a Psicoterapia online al ser canalizada del CSP, argumenta sentirse angustiada y desanimada ya que no se siente capaz de terminar su diplomado debido a que no puede mantener la concentración en sus actividades laborales y escolares. También refiere que está a punto de titularse y siente que no va a poder lograr su meta, siente que se obstaculiza o boicotea para no lograr sus objetivos. Presenta estrés y ansiedad, dificultades para concentrarse, pocas habilidades sociales; dentro de su discurso se detectan creencias irracionales, frases auto-derrotistas y desesperanza aprendida. El proceso terapéutico al de inicio a fin fue por Chat.

Instrumentos de evaluación aplicados:

- Inventario de Calidad de vida
- Inventario de Ansiedad de Beck
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Autoestima
- Escala de automejoría

Plan de trabajo:

Técnica	Total de no. Sesiones (20 sesiones)	Objetivos
Evaluación / Relajación	5	<ul style="list-style-type: none">• Disminuir niveles de ansiedad y estrés• Incrementar la concentración• Aumentar la conciencia del cuerpo
Creencias Irracionales	5	<ul style="list-style-type: none">• Identificar Creencias irracionales• Control de Creencias Irracionales• Crear una creencia adaptativa• Generalizar esta habilidad hasta que el paciente logre dominar la técnica.
Control de Emociones	4	<ul style="list-style-type: none">• Sincronizar con su cuerpo, incrementará su autoconocimiento emocional, discriminar emociones• Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar de manera adecuada sus emociones.

Técnica	Total de no. Sesiones (20 sesiones)	Objetivos
Solución de Problemas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar y elaborar alternativas de solución a problemas específicos • Fomentar las estrategias cognitivas básicas ante las dificultades, logrando aplicarla a problemas concretos • Desarrollar el sentido de control y autoeficacia
Asertividad / Cierre	3	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad al expresar sus emociones y sentimientos • Decir no cuando haya algo que no gusta o no se desea • Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercana con sus padres, familia y compañeros

Tabla 4.1. Formulación del proceso terapéutico para el participante no. 4

Inventario de Calidad de Vida

ESCALAS DE MEDICION POSITIVA	PRE	POST
PERCEPCIÓN GENERAL	4	5
DESEMPEÑO FÍSICO	11	13
FAMILIA	14	10
REDES SOCIALES	10	5
RELACIÓN CON EL TERAPEUTA	17	19
ESCALA DE MEDICION INVERSA		
PREOCUPACIONES	8	9
AISLAMIENTO	5	2
DEPENDENCIA TERAPEUTICA	0	4
VIDA COTIDIANA	9	3
TIEMPO LIBRE	8	6
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO	1	2
FUNCIONES COGNITIVAS	12	8

En la tabla 4.2 se observa los resultados obtenidos por el participante a lo largo del proceso terapéutico en el inventario de calidad de vida, dicho inventario se divide en sub-escalas, las escalas de medición positiva y las escalas inversas. En las escalas positivas a mayor porcentaje mejor percepción de calidad de vida, en las escalas inversas a mayor porcentaje

mayor deterioro de la calidad de vida, así como la percepción general del participante en su calidad de vida.

Los cambios más significativos se observan en las siguientes sub-escalas: En la **Percepción General** se presentó un aumento de dos puntos, a pesar de no ser significativo la participante percibe de mejor forma su calidad de vida. En la sub-escala **Familia** hubo un decremento de cuatro puntos, indicando que la participante percibió como menor el apoyo de sus padres ante sus problemas. El mismo caso se presenta en la percepción de apoyo de sus **Redes Sociales**, la cual disminuyó cinco puntos al término del tratamiento. Hubo un incremento de un punto en la sub-escala de **Preocupaciones**, lo cual sugiere que no logró reducir sus niveles de estrés, y que la percepción de sus problemas es mayor. También se observa un incremento de un punto en la **Actitud ante el tratamiento** indicando que se presentó una menor disposición para trabajar en las sesiones al finalizar el proceso. En la **Dependencia Terapéutica**, la participante incremento su puntaje, lo que indica que requiere de la supervisión de otra persona para resolver conflictos,

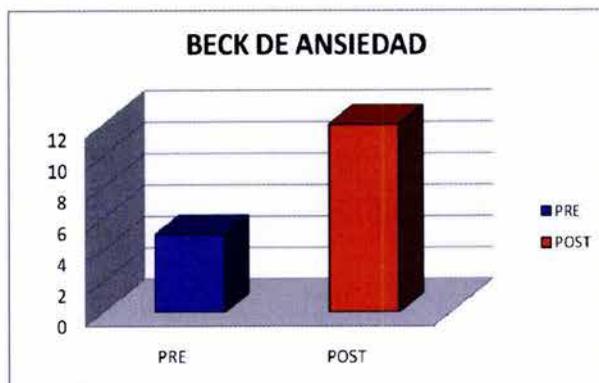
Es importante mencionar que una posible causa del incremento al finalizar el tratamiento de la sub-escala **Preocupaciones**, es porque la participante se encontraba a punto de presentar su examen de titulación, lo cual pudo también influir en la baja de la dependencia terapéutica y de la actitud ante el tratamiento.

Inventarios de Ansiedad y Depresión

BECK DE ANSIEDAD	
PRE	5
POST	12

Tabla 4.3 representa los resultados del PRE/POST en el inventario de ansiedad, al inicio del tratamiento y al finalizar el mismo después de 20 semanas

Gráfica 4.3 Resultados Beck de Ansiedad

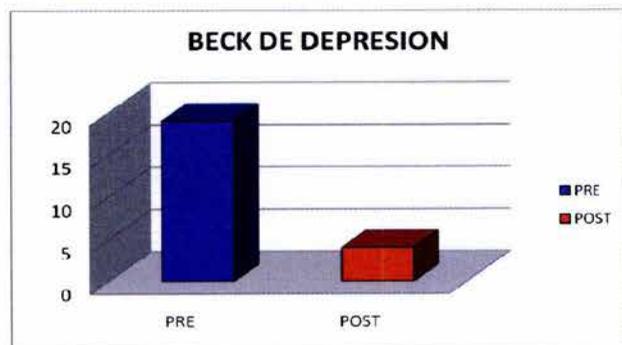


Gráfica 4.3: Muestra el PRE/POST, obtenido en dicho inventario antes y después del proceso terapéutico. Se observa como la paciente incrementó su ansiedad al terminar el tratamiento, lo cual sugiere que no se trabajó adecuadamente la técnica de relajación y resolución de problemas

BECK DE DEPRESIÓN	
PRE	19
POST	4

Tabla 4.4 representa los resultados del PRE/POST en el inventario de depresión, al inicio y al finalizar el tratamiento después de 5 meses.

Gráfica 2.4 Resultados Beck de Depresión



Gráfica 4.4: Esta gráfica muestra el PRE/POST del inventario de depresión. Se observa que hubo una reducción en los síntomas depresivos al terminar el proceso terapéutico en línea.

Escala de Autoestima

Aplicación	A.P.	A.N.
PRE	21	20
POST	24	17

La tabla 2.5 muestra la escala de autoestima (Yo como persona), donde se muestra la aplicación PRE/POST, así como las puntuaciones.

Gráfica 2.5 Resultados PRE del Inventario de Autoestima



En la gráfica 4.5 se muestran las puntuaciones obtenidas por la participante al inicio del tratamiento a distancia. Se observa como hubo una puntuación del 51% en la autoestima positiva (A.P), y una puntuación de 49% en autoestima negativa (A.N.).

Gráfica 4.5.1 Resultados POST del Inventario de Autoestima



En la gráfica 4.5.1 se muestran las puntuaciones obtenidas por la participante al final del tratamiento a distancia. Se observa como hubo un aumento en la autoestima positiva (A.P) a 59% y un decremento del autoestima negativa (A.N.) de 41%, comparada con el inicio del proceso terapéutico.

Escala de Automejoría

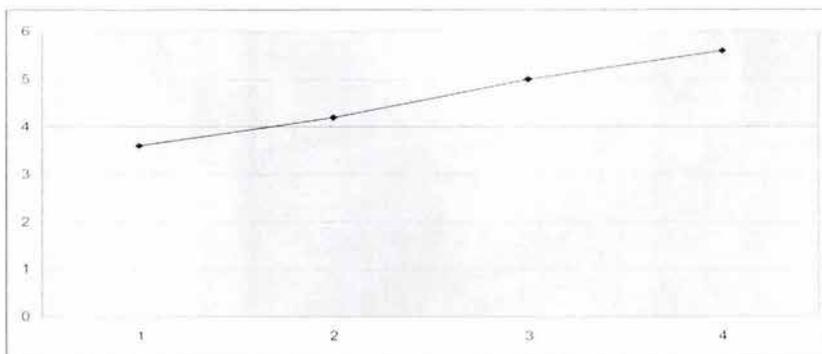
Puntaje	
1	Muchísimo Peor
2	Bastante Peor
3	Un poco Peor
4	Sin cambios
5	Un poco Mejor
6	Bastante Mejor
7	Muchísimo Mejor

Tabla 4.6 Escala de evaluación de automejoría.

No Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Puntaje	3	3	4	4	4	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	7	6

Tabla 4.7. representa las puntuaciones obtenidas por la participante en el inventario de escala de mejoría en 20 sesiones. Este inventario mide la autopercepción de la participante a lo largo de cada semana. Se observa como al final de las sesiones la autopercepción se mantiene en puntuaciones elevadas.

Gráfica 4.7 Resultados Escala de Automejoría



La gráfica 4.7 muestra los datos de la escala de automejoría que presentó la participante desde el inicio hasta el final del tratamiento. Los resultados se dividieron en cuatro

secciones y se sacó un promedio, la primera sección corresponde de la sesión 1 a la 5 con un promedio de 3.6, la segunda sección corresponde de la sesión 6 a la 10 con un promedio de 4.2, la tercera sección va de la sesión 11 a la 15 con un promedio de 5 y la cuarta sección va de la sesión 16 a la 20 con un promedio de 5.6. La gráfica muestra una línea ascendente y se observa una mejoría al finalizar el tratamiento, lo que nos indica que el paciente percibió una mejoría conforme pasaban las sesiones.

Resultados Finales:

La participante al finalizar la terapia incremento la concentración, mejorar el estado físico, disminuyo los síntomas depresivos e incremento su autoestima. Al ser entrenada en reestructuración cognitiva la paciente consiguió modificar sus pensamientos negativos de sí misma, debido a que se le instruyó para poder identificarlos y reemplazados por pensamientos más adaptativos que fomenten una conducta más eficaz. Lamentablemente no logro adquirir las herramientas necesarias de afrontamiento esto es: modificar la comprensión de los problemas e implementar soluciones efectivas. No fue capaz de dar respuestas de enfrentamiento para lograr la solución a problemas esto se observa al incrementar los niveles de ansiedad al finalizar el tratamiento.

4.6 Resultados Generales de todos los pacientes.

A continuación se mostraran los resultados que se obtuvieron con los cuatro participantes que se tomaron como muestra para el reporte de prácticas.

Calidad de Vida

	PRE	POST
1	6	8
2	4	5
3	2	3
4	6	8
TOTAL	18	24

Tabla 5: Representa los resultados totales de los 4 pacientes en su autopercepción de mejoría en el inventario de calidad de vida, al inicio y al final del tratamiento.

Gráfica 5 Resultados Totales de Calidad de Vida



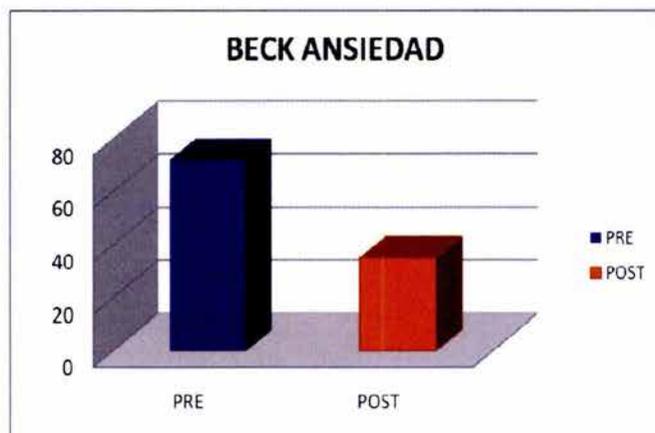
En la gráfica 5 se observa como hubo un incremento en la autopercepción de la calidad de vida en los participantes al finalizar el tratamiento.

Inventario de Ansiedad y Depresión.

	PRE	POST
1	12	8
2	5	12
3	26	4
4	29	11
TOTAL	72	35

Tabla 5.1: Representa los resultados totales de todos los participantes en el inventario de Ansiedad de Beck. Como se mencionó anteriormente en la participante 4 se presentó un aumento en los síntomas de ansiedad al final del tratamiento.

Gráfica 5.1 Inventario de Ansiedad



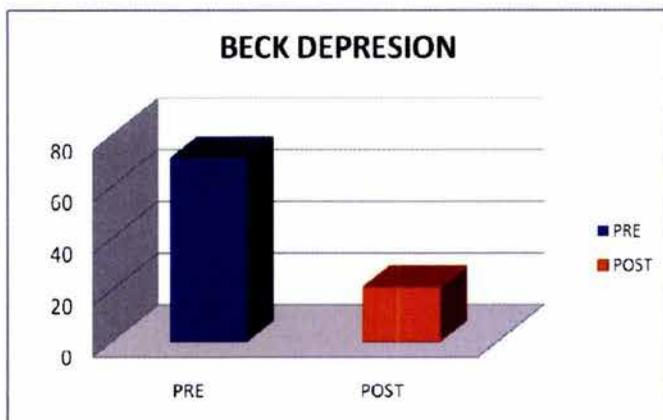
Gráfica 5.1 muestra los resultados totales obtenidos de los 4 participantes en el Inventario de Ansiedad. Se observa una reducción considerable de los síntomas al finalizar el tratamiento.

Beck de Depresión

Participante	PRE	POST
1	18	9
2	19	4
3	26	4
4	8	4
TOTAL	71	21

Tabla 5.2 muestra los resultados totales de cada uno de los participantes en el cuestionario de Beck de Depresión tanto al inicio del proceso terapéutico como al final del mismo.

Gráfica 5.2 Resultados Totales Beck de Depresión



La gráfica 5.2 muestra los resultados totales obtenidos por los participantes a lo largo del proceso terapéutico en línea. Se observa como en el POST (al finalizar el proceso) hubo un decremento considerable en los síntomas depresivos.

Inventario de Autoestima

	A.P.PRE	A.P.POST	A.N.PRE	A.N.POST
1	31	32	14	11
2	27	32	32	9
3	23	30	20	17
4	21	24	20	17
TOTAL	102	118	86	54

Tabla 5.3: Representa los resultados totales de los pacientes en el inventario de autoestima, tanto del inicio como del final del tratamiento.

Gráfica 5.3 PRE/POST Autoestima Positiva



La gráfica 5.3 muestra los resultados que se obtuvieron al sacar un promedio del autoestima positiva (A.P) PRE/POST tratamiento. Se observa un aumento al finalizar el tratamiento.

Gráfica 5.4 PRE/POST Autoestima Negativa



La gráfica 5.4 muestra los resultados obtenidos al sacar un promedio de las puntuaciones de la autoestima negativa de todos los participantes al inicio y al final del tratamiento. Se observa un decremento en la autoestima negativa de un 61% a un 39%.

Satisfacción del Usuario

Al finalizar el proceso terapéutico se realiza el cuestionario de "Satisfacción del Usuario". El cuestionario tiene como objetivo medir la satisfacción del usuario al usar el medio electrónico como medio para su terapia, tomando en cuenta:

- Requerimientos
- Programa de Psicoterapia Vía Internet
- El medio virtual en la intervención psicológica
- Comunicación con el terapeuta

Además de una pregunta final acerca de si el paciente recomendaría o no el Programa de Psicoterapia Vía Internet.

El instrumento consta de 25 preguntas con 2 opciones de respuesta categorizadas en **si** o **no**. Se califica sumando las puntuaciones obtenidas en las columnas y se obtiene el porcentaje obtenido respectivamente. A mayor porcentaje en la columna de **si** mayor la aceptación del programa y viceversa; lo mismo ocurre en la columna de **no**. Se comparan ambas columnas las de **si** y las de **no**, con sus respectivos porcentajes y se observa que tan satisfecho o no quedó el paciente con la modalidad de psicoterapia vía Internet.

A continuación se mostraran los resultados obtenidos en los 4 participantes en el cuestionario de satisfacción del usuario, así como su respuesta a la pregunta “Recomendaría o no el Programa de Psicoterapia Vía Internet”.

Satisfacción del Usuario

Participante	R. Positivas	R. Negativas
1	25	0
2	25	0
3	24	1
4	15	10
TOTAL	89	11

Tabla 5.5: Representa los resultados totales en la satisfacción del usuario al finalizar el tratamiento en la modalidad en línea.

Gráfica 5.5 Satisfacción del Usuario



La gráfica 5.5 muestra el grado de satisfacción de los usuarios obtenidos en la modalidad a distancia, donde el 89% reporto haberse sentido satisfecho con los resultados obtenidos en la modalidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La psicoterapia vía Internet es una modalidad tan nueva que aun recibe muchas criticas por la falta de leyes en el Cyber espacio que regulen los usos y condiciones de dicha herramienta terapéutica, además de que se duda de su eficiencia por los pocos estudios realizados. Lo que se muestra a continuación son las conclusiones que se obtuvieron de acuerdo a los refutados obtenidos en el proceso terapéutico con los participantes que ingresaron a la terapia online, tanto canalizados del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, así como aquellos que ingresan de manera directa por el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología. De acuerdo a los datos obtenidos en el Inventario de Calidad de Vida, Beck de Ansiedad y Depresión, así como en el Inventario de Autoestima, se puede concluir que la psicoterapia vía Internet o a distancia obtuvo resultados favorables para la mayoría de los participantes. Los datos arrojados por los inventarios comprueban que hubo un incremento en la calidad de vida y en la autoestima al concluir la terapia. También se presentó un decremento en los síntomas depresivos, así como disminución en los niveles de estrés; además de que se mostró un aumento en las habilidades de interacción como en el experimento realizado por King y Poulos (1998), en pacientes con fobia social al utilizar el chat y el correo electrónico como herramientas terapéuticas Otro resultado favorable para la terapia a distancia es que el 100% de los participantes se reportaron satisfechos con el tratamiento, además de que lo recomiendan ampliamente. Se puede afirmar que parte del éxito de la terapia online se debe, como afirma De la Rosa (2007), a que en esta modalidad las personas reaccionan positivamente a la comunicación guiada por computadora, porque les permite pensar más su respuesta antes de contestar a las preguntas hechas por el terapeuta, favoreciendo el insight, a diferencia de una terapia presencial, en la cual pueden sentirse más presionados al responder.

En cuanto a los participantes 3 y 4 que son canalizados o referidos del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología de la UNAM, presentaron mayores dificultades en el proceso terapéutico. Primero, ambos mostraron un poco de escepticismo acerca de la terapia en la modalidad via Internet, ya que buscaban una terapia presencial o cara a cara. Esto dificultó en un inicio las sesiones, pero con el

transcurso de las mismas poco a poco se adaptaron a la terapia. Esto se puede apreciar en el inventario de calidad de vida donde ambos mejoraron su actitud ante el tratamiento al finalizar el mismo, lo que habla de una adherencia; pero al mismo tiempo en dicho inventario se observa que se presentó mayor dependencia terapéutica, indicando que para ambos participantes fue más difícil abandonar un proceso terapéutico. La dependencia terapéutica en estos casos puede haberse originado por percibir como su única alternativa de ser atendidos por un psicólogo, ya que fueron canalizados por el CSP y uno de los participantes así lo expresó en la entrevista inicial. Esta hipótesis se ve reforzada en los participantes 1 y 2 ya que en estos casos no se presentó la dependencia terapéutica, quizás porque tenían mayor conocimiento de la modalidad, se encontraban más familiarizados con la forma de trabajar y por el hecho de que ambos llegaron a Psicoterapia vía Internet al pedir ellos mismos el tratamiento en dicha modalidad.

Otro aspecto a notar por los participantes 3 y 4 es que se llevaron mayor número de sesiones de acuerdo a las establecidas en el protocolo, de 16 sesiones programadas se aumentaron a 18 y hasta 20 sesiones debido a dificultades que se presentaron a lo largo de las sesiones. Por una parte con uno de ellos se llevaron más sesiones de lo programado en la técnica de reestructuración cognitiva debido a que al participante se le dificultaba comprender a la perfección cómo modificar un pensamiento o una creencia irracional por una más adaptativa. Con el otro participante se tomaron algunas sesiones para confrontarlo ya que presentaba resistencias al tratamiento. Esto no ocurrió con los participantes 1 y 2, con quienes se trabajó en el periodo de tiempo establecido sin ninguna dificultad.

En el caso específico del participante número 3, debido a las resistencias presentadas por el participante y a la dificultad de trabajarlas en sesión, a partir de la sesión número 9 se decidió cambiar el tipo de comunicación de Chat a Video conferencia por considerarse esta modalidad como facilitadora en la interacción entre terapeuta y participante, observándose un aumento en su autopercepción de mejoría y en su comportamiento, lo cual sugiere que el trabajar la videoconferencia con participantes que presentan dificultades para adherirse al tratamiento es una buena herramienta para mejorar el manejo de las sesiones. Esto puede compararse con el experimento realizado por May, Ellis, Atkinson, Gask, Mir y Smith

(1999), el cual indica que algunos pacientes suelen tener más dificultades en el proceso terapéutico ya que los usuarios son altamente críticos con las dificultades técnicas y presentan problemas para expresar por ese medio sus emociones y pensamientos.

En el caso de los participantes número 1 y 3, no fue necesario cambiar el Chat por Video conferencia porque había una actitud más positiva o mejor aceptación hacia el tratamiento. Con el participante 3 también fue utilizada la video conferencia, en este caso fue el mismo participante quien lo solicitó desde un inicio del proceso, ya que para él era más cómodo hablar con el terapeuta, menciona que perdía tiempo en escribir, esto puede deberse a que no se encuentra tan familiarizado con el uso del chat y esto entorpecía su escribir y dificultaba las metas en cada sesión.

En este apartado se puede ultimar que no es un factor determinante que las sesiones sean por Video conferencia o por Chat para determinar el éxito de la terapia, en ambos casos los resultados son similares. Sin embargo es importante adaptarse a las necesidades del participante, así como a los requerimientos precisos para optimar el manejo de las sesiones y favorecer el tratamiento.

Debido a las dificultades que se tuvieron con los participantes referidos del CSP "Dr Guillermo Dávila", los resultados no fueron satisfactorios, a pesar de que hubo una mejora en la calidad de vida y autopercepción en comparación con la de un inicio. Es importante destacar que en el caso específico de los dos participantes puede ser un factor a tomar en cuenta que fueron canalizados al programa de psicoterapia via Internet y que sus expectativas sobre llevar un proceso terapéutico eran distintas a los que piden iniciar un tratamiento psicológico en la modalidad via Internet.

Como se comentó anteriormente la psicoterapia via Internet, tiene una serie de ventajas y desventajas que favorecen, pero también pueden afectar el transcurso de las sesiones, así como el proceso terapéutico. De acuerdo a los resultados obtenidos por los cuatro pacientes registrados, se concluye que el tratamiento psicológico a distancia facilita que los participantes asistan a terapia, ya que lo hacen desde la comodidad de su hogar o desde cualquier lugar que les ofrezca la conexión a Internet, favorece la alianza terapéutica,

mejorando la comunicación con el terapeuta a través del correo electrónico y agiliza el envío de información como materiales de psicoeducación, lo que motiva a los participantes a realizar los ejercicios que se dejan en cada sesión.

Como menciona Trujillo (2005) la terapia a distancia presenta algunas limitaciones, algunas de ellas se dan por la falta de experiencia con esta nueva modalidad. Dentro de las limitaciones que se presentaron al realizar las prácticas en psicología clínica en psicoterapia vía Internet son: 1) que algunos de los pacientes que llevaron el proceso terapéutico fueron canalizados del CPS "Dr. Guillermo Dávila", lo cual dificultó las sesiones debido a las resistencias que se presentaron en dichos participantes, ya que de acuerdo a sus comentarios, ellos deseaban llevar sesiones de forma presencial y no a través de comunicación vía Internet, 2) en algunas ocasiones se tuvo que alargar el número de sesiones planteadas en un inicio, esto por la inasistencia, la dificultad de trabajar algunas de las técnicas cognitivo-conductuales por los participantes y el retraso en la entrega de las tareas, lo que retrasó el proceso terapéutico, 3) por último, en algunos casos se presentaron recaídas, por lo cual fue necesario trabajar en ello retomando técnicas ya vistas en sesiones pasadas.

Otra de las limitaciones que algunos profesionales de la salud critican acerca de la terapia vía Internet es que se pierde información al no tener cara a cara al participante, mencionan que no se observa el lenguaje no verbal. Quizás sea cierto que se pierde información que el participante proporciona con su postura o sus facciones, pero en base a la experiencia se podría considerar que es posible obtener información en base a algunas características que nos ofrecen los programas de comunicación por Chat o videoconferencia como los son las fotografías o las frases que aparecen en el nick del perfil y las características de su escritura. Es importante tomar en cuenta lo que menciona Suler (1997), el Chat es una herramienta donde las señales verbales casi no están a la vista, pero esto no significa que se pierda información ya que por la información escrita se utilizan símbolos, frases y siglas para expresar el estado emocional. Hay que recordar que la finalidad de programas como el Messenger es mantener la comunicación con los demás no importando la distancia y parte de las herramientas que ofrecen es el poder personalizar nuestra cuenta de usuario; para la psicoterapia a distancia éstas herramientas son relevantes para ir monitoreando los

cambios que se van generando a lo largo de las sesiones. En la actualidad existe un boom de las redes sociales en las cuales se informan muchos aspectos personales.

Para finalizar se puede decir que en la hoy en día el Internet es un instrumento que permite llevar a cabo sesiones de tratamiento psicológico (o consultas u orientación psicológicas) a distancia (de forma complementaria a la sesión presencial o de forma exclusiva) mediante el empleo de las opciones de intercambio de información que actualmente la Red pone a disposición de sus usuarios: correo electrónico, videoconferencia, páginas web y programas de chats, que con esta modalidad se puede beneficiar a aquellas personas a las cuales se les dificulta tener un tratamiento psicológico por motivos como distancia, tiempo y dinero. Se sabe, gracias a algunos estudios como los realizados por Lange et al. (2000) y los de Schneider (2001), que la eficacia de la modalidad on line, es equiparable con una terapia presencial, ya que en estos estudios se obtuvieron resultados similares entre ambas modalidades. Sin embargo como menciona Cárdenas (2007), es importante que con el transcurso del tiempo y la evolución de la tecnología algunas limitaciones puedan reducirse significativamente y así mejorar los beneficios que puede ofrecer dicha modalidad, pero aun falta mucho que investigar para poder llegar a minimizar las debilidades que proporciona la misma.

A pesar de lo que ofrece el Internet, es importante comprender que el nivel de experiencia del usuario con este nuevo medio de comunicación es todavía limitado y se deben tener presentes las deficiencias que el nuevo sistema de comunicación basada en texto ofrece, como el hecho de que actualmente en México no exista una norma que regule el uso de terapia vía Internet, ya que existen en la red un sinnúmero de personas que ofrecen el mismo servicio sin contar con una preparación profesional, lo cual es uno de los factores que frenan el adecuado desarrollo de dicha modalidad terapéutica.



INVENTARIO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA

Nombre del paciente: []	Edad: []
Edo. Civil: []	Fecha: []
Edad y fecha de nacimiento: []	Genero: []

A. DATOS CLÍNICOS

Describa con sus propias palabras en qué consiste el problema principal:

[]

¿Cómo le afecta el problema? ¿En qué áreas de su vida?

[]

Describa brevemente la historia y el desarrollo de su problema (desde que comenzó hasta el presente):

[]

¿Por qué cree que le ocurre?

[]

¿Con qué frecuencia?

[]

¿Con qué intensidad? [] Duración []

¿En qué tipo de situaciones o circunstancias ocurre el problema?

[]

El problema ¿se ha mantenido siempre igual o ha empeorado o mejorado?

[]

¿Hay alguna situación con la que usted puede asociar que el problema va mejor o peor?

¿Ha consultado previamente sobre su problema actual?

[]

¿Qué tratamiento ha llevado o lleva?

[]

¿Cuál ha sido (o fue) el efecto de este tratamiento?

[]

¿Qué hace cuando se le presenta el problema?

[]

¿Qué hace para resolverlo?

¿Qué piensa sobre su problema?

¿Cómo han reaccionado otras personas en las situaciones en que se ha presentado el problema?

¿Cómo se siente actualmente con su comportamiento? (¿su problema?)

Señale cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a Ud. actualmente:

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | Consumo excesivo de cigarrillos | <input type="checkbox"/> | Incapaz de sentir placer | <input type="checkbox"/> |
| Mareos | <input type="checkbox"/> | Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> | Preocupaciones constantes | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos | <input type="checkbox"/> | Incapaz de pasar un rato agradable | <input type="checkbox"/> | Problemas para concentrarse | <input type="checkbox"/> |
| Palpitaciones | <input type="checkbox"/> | Incapaz de mantener la atención | <input type="checkbox"/> | Temores absurdos | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de Estómago | <input type="checkbox"/> | Tensión | <input type="checkbox"/> | Le disgustan las vacaciones y los fines de semana | <input type="checkbox"/> |
| Falta de apetito | <input type="checkbox"/> | Pánico | <input type="checkbox"/> | Ambición en exceso | <input type="checkbox"/> |
| Comer en exceso | <input type="checkbox"/> | Temblores | <input type="checkbox"/> | Ataques de ira | <input type="checkbox"/> |
| Problemas en la evacuación | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | Incapaz de mantener un trabajo | <input type="checkbox"/> |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> | Ideas de suicidio | <input type="checkbox"/> | Clima hogareño negativo | <input type="checkbox"/> |
| Pereza | <input type="checkbox"/> | Intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> | | |
| Vómitos | <input type="checkbox"/> | Llanto fácil | <input type="checkbox"/> | | |
| Insomnio | <input type="checkbox"/> | Dificultad para relajarse | <input type="checkbox"/> | | |
| Pesadillas | <input type="checkbox"/> | Agitado | <input type="checkbox"/> | | |
| Ingestión de sedantes | <input type="checkbox"/> | Problemas sexuales | <input type="checkbox"/> | | |
| Consumo excesivo de alcohol | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Problemas económicos | <input type="checkbox"/> | | | | |

¿En qué cree que le podría ayudar seguir un tratamiento psicológico?

¿Qué problemas le gustaría solucionar?

¿Hay algún miembro de su familia que haya tenido o tenga éste problema o parecido?

¿Quién?

B. DATOS FAMILIARES

Padre

Nombre:

Edad:

Si murió, causa de su muerte:

Ocupación:

Madre

Nombre:

Edad:

Si murió, causa de su muerte:

Ocupación:

Hermanos

Nombre	Edad	Estado Civil	Ocupación	¿Cómo es la relación actualmente?

C. AREA DE OCIO

¿Cuáles son sus intereses y aficiones actualmente?

¿En qué ocupa la mayor parte del tiempo?

¿Disfruta el tiempo de ocio?

¿Con quién comparte su tiempo de ocio?

¿Qué suele hacer en sus días libres?

¿Cómo le gusta divertirse?

D. AREA SOCIAL

¿Pasa mucho tiempo con los amigos?

¿Cómo selecciona a sus amistades?

¿Cuántos amigos tiene? ¿Cuántos buenos amigos?

¿Por qué los considera «buenos amigos»?

¿Le es fácil hacer nuevas amistades y conservarlas?

¿Tiene dificultades para conocer a gente nueva?

Actualmente ¿le perturba alguna persona?

¿Hay alguien que le está ayudando o pueda hacerlo?

E. DATOS LABORALES

Edad en que comenzó a trabajar:

¿Qué clase de trabajo realiza actualmente?

¿Le gusta su trabajo actual?

F. RELACIÓN DE PAREJA

A) Datos de la pareja

Nombre:

Edad:

Ocupación:

¿Cómo puede definir a su pareja (con sus propias palabras)?

B) Historia de la relación

¿Cuándo conoció a su pareja actual?

¿Cuánto tiempo salió con su pareja antes de comprometerse?

¿Qué le gustaba de ella/él?

¿Estaba ella/él interesada/o en comprometerse con Ud.?

Desde (o durante) su matrimonio ¿se ha interesado activamente por otras/os mujeres/hombres?

¿Es (era) su relación de pareja satisfactoria?

¿Qué es lo que le satisface de su relación de pareja?

¿Qué es lo que no le satisface?

¿De qué manera le gustaría que cambiara su relación de pareja?

G. PROBLEMAS Y OBSESIONES

¿Tiene ideas que no es capaz de quitarse de la cabeza?

¿Se le presentan ideas absurdas o desagradables?

¿Existen cosas que se ve obligado a hacer o de lo contrario se pone nervioso/a?

¿Hay pensamientos que trata de evitar a toda costa?

H. OTRAS CUESTIONES

¿En qué lugares se encuentra más a gusto?

¿Ha interferido alguna persona en su ocupación, relación de pareja, etc.? (padres, familiares, amigos)

¿Cuál es su mayor ilusión?

¿Cuáles son sus preocupaciones más importantes?

¿Qué desearía que cambiara en su vida?

¿Cuál es la persona más importante de su vida?

¿Le gusta donde está viviendo?

¿Hay algo con lo que no está satisfecho?

¿Hay algún miembro de su familia que sufra alcoholismo, epilepsia o cualquier otra enfermedad que pueda considerarse una «enfermedad mental»?

¿Ha perdido alguna vez el control de sí mismo? (en forma de llanto, agresión, pánico, etc.):

Por favor, describa otras experiencias que le hayan perturbado o atemorizado y que no haya mencionado previamente:

¿Cuáles son las situaciones que le calman y le dan tranquilidad?



INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Nombre: <input type="text"/>	
Fecha: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
Sexo: <input type="text"/>	Edo. Civil: <input type="text"/>
Escolaridad: <input type="text"/>	Ocupación: <input type="text"/>

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, márquela como "nunca", eso no le pasa. Contestes con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos. Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza, conteste con la verdad.

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante *las últimas dos semanas*, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los últimos quince días.

1. Creo que si me cuidó mi salud mejorará.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

<input type="checkbox"/>					
0%.....	20%.....	40%.....	50%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

3. Mi salud en general es...

<input type="checkbox"/>					
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

4. En comparación con el año pasado ¿Cómo evaluaría su salud en general ahora?

<input type="checkbox"/>					
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

Durante las últimas dos semanas...

PREOCUPACIONES

5. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda con los gastos de mi situación

<input type="checkbox"/>					
0%.....	20%.....	40%.....	50%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

6. Me preocupa que algunas veces mi estado de ánimo es una carga para los demás

<input type="checkbox"/>					
0%.....	20%.....	40%.....	50%.....	80%.....	100%

6. Me preocupa que algunas veces mi estado de ánimo es una carga para los demás

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

7. Me preocupa que alguien se sienta incómodo (a) cuando está conmigo por mi estado de ánimo

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

8. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi situación

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...
DESEMPEÑO FÍSICO

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

11. Puedo cargar las bolsas de mandado sin hacer grandes esfuerzos

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

AISLAMIENTO

13. Siento que soy un estorbo inútil o incompetente

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

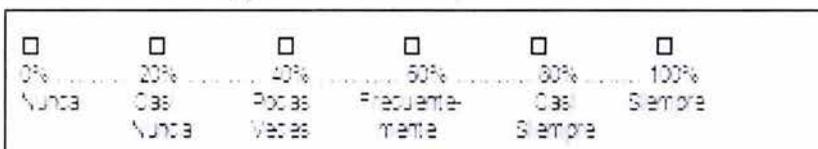
14. Me siento tan vacío (a) que nada podría animarme

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

15. Me parece que desde que estoy en tratamiento no confían en mí como antes

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

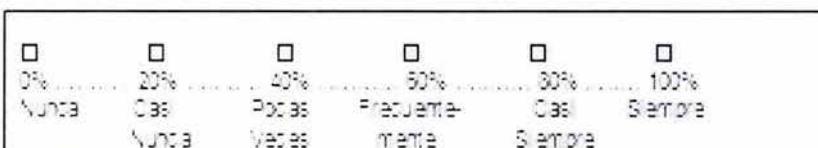
16. Me siento solo (a) a un estado en compañía de otros.



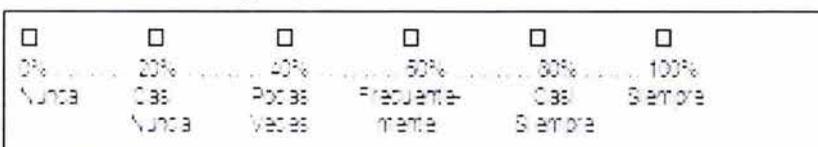
Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

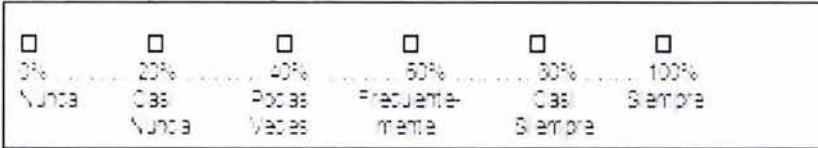
17. Me siento poco atractivo (a) por mi estado de ánimo.



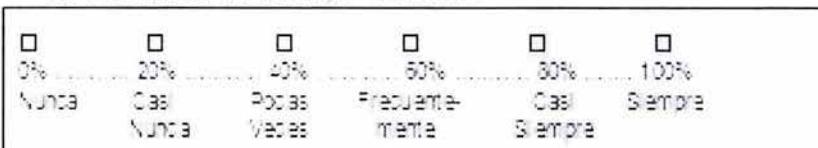
18. Me siento restringido por mi peso.



19. Me da pena mi cuerpo.



20. Mi cuerpo se ve diferente por mi situación.



Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIÓNES COGNITIVAS

21. Se me olvida en dónde puse las cosas

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

22. Se me olvidan los nombres

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

24. Tengo problemas con mi memoria

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

25. Me fastidia estar en tratamiento.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

26. Los efectos de tratamiento son peores que mi condición.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

27. Me da pena que los demás noten que estoy en tratamiento.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

28. Me siento incómodo(a) con mi terapeuta.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE

29. Desde que he oído mi diagnóstico de sé de disfrutar mi tiempo libre.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

31. Desde que inició mi padecimiento, dejé de pasar rato con mis amigos.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	50%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

32. Mi estado de ánimo interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	50%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA

33. Desde que inició mi padecimiento, mi vida diaria se ha vuelto difícil.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	50%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

34. Desde que inició mi padecimiento, mi vida diaria dejó de ser placentera.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	50%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

35. Desde que tengo este padecimiento, la vida me parece aburrida.

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	50%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

36. Dejé de disfrutar mi vida diaria por mi estado de ánimo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	60% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

Durante las últimas 2 semanas...
FAMILIA

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	60% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	60% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

39. Mi familia me comprende y me apoya.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	60% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

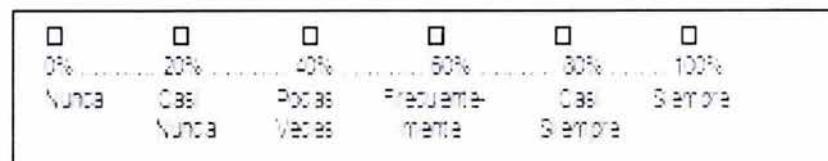
40. Mi familia cuida mis sentimientos.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	60% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

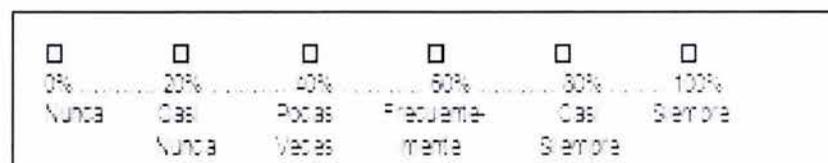
Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

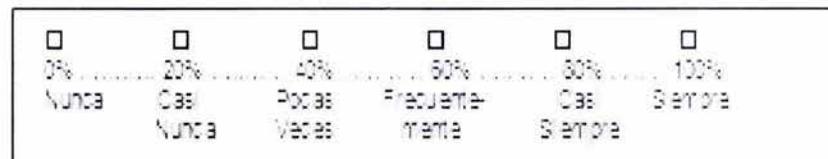
41. tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero



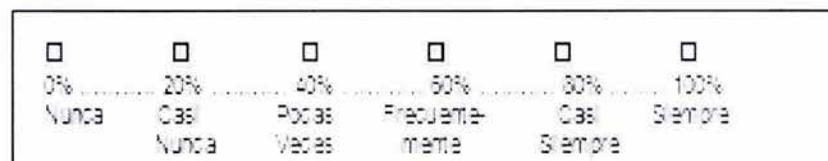
42. Cuando las cosas me van mal, hay alguien que me pueda ayudar.



43. Hay alguien con quien pueda hablar sobre decisiones importantes



44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que pueda ayudarme.



Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA TERAPÉUTICA

45. Espero que el terapeuta cure todos mis síntomas.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	50% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

46. Solo el terapeuta puede hacer que me sienta mejor.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	50% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

47. No me importa que tengo, solo quiero que el terapeuta me ayude.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	50% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

48. El responsable de que me cure es el terapeuta.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	50% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

RELACION CON EL TERAPEUTA

49. Disfruto asistiendo a la sesión.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0% Nunca	20% Casi Nunca	40% Pocas Veces	50% Frecuente- mente	80% Casi Siempre	100% Siempre

50. Me gusta hablar con el terapeuta sobre mi padecimiento

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Cas Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Cas Siempre	Siempre

51. Asistir a terapia se ha convertido en una parte importante de mi vida

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Cas Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Cas Siempre	Siempre

52. Necesito atención psicológica constantemente

<input type="checkbox"/>					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Cas Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Cas Siempre	Siempre

BIENESTAR Y SALUD

53. En general, ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y encírrala en un círculo

					
a	b	c	d	e	f
<input type="checkbox"/>					
La peor calidad de vida					La mejor calidad de vida

COMENTARIOS GENERALES

54. Si desea comentar más acerca de su padecimiento o del cuestionario, por favor escriba o aquí:

55. En los últimos siete días, ¿ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

NO SI, por favor describa:

56. En los últimos seis meses, ¿ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo, muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación)

NO SI, por favor describa:

57. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

Anexo 3

Proyecto PAPDMEEN300104

"Prácticas en Línea: una propuesta de formación profesional"



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Elaborado por: Beck, A., 1955

Nombre: _____	
Fecha: _____	Edad: _____
Sexo: _____	Edo. Civil: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____

INSTRUCCIONES: Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

1. Hormigueo o entumecimiento

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

2. Sensación de calor

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

3. Temblor de piernas

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

4. Incapacidad de relajarse

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho

- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

5. Miedo a que suceda lo peor

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

6. Mareo o aturdimiento

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

7. Palpitaciones o taquicardia

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

9. Terroras

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

10. Nerviosismo

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

11. Sensación de ahogo

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

12. Temblores de manos

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

13. Temblor generalizado o estremecimiento

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

14. Miedo a perder el control

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

15. Dificultad para respirar

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

16. Miedo a morir

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

17. Sobresaltos

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

18. Molestias digestivas o abdominales

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

19. Palidez

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

20. Rubor facial

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

21. Sudoración (no debido al calor)

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molesta mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

TOTAL:

ANEXO 4

Proyecto PAPIME
FNU3/01/04

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



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Elaborado por: Beck, A., 1961

Nombre: _____	
Fecha: _____	Edad: _____
Sexo: _____	Edo. Civil: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY seleccione el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2

- 0 En general al no me siento descorazonada(o) por el futuro
- 1 Me siento descorazonada(o) por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3

- 0 Yo no me siento como un(a) fracasada(o)
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al pensar lo que he vivido, todo lo que vivo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracasado como persona

4

- 0 Cuento tanta satisfacción de las cosas como sola he nacido
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como sola he nacido
- 2 Ya no cuento verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecha(o) o aburrida(o) con todo

5

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte de tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte de tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigada(o)
- 1 Siento que podría ser castigada(o)
- 2 Espero ser castigada(o)
- 3 Siento que he sido castigada(o)

7

- 0 Yo no me siento desilusionada(o) de mí misma
- 1 Estoy desilusionada(o) de mí misma(o)
- 2 Estoy disgustada(o) conmigo misma(o)
- 3 Me odio

8

- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si hubiera la oportunidad

10

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

11

- 0 Yo no estoy más limitado de lo que solía estar
- 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento limitado(a) todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerme

12

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado(a) en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

13

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

14

- 0 No me siento que me vea peor de como me veía
- 1 Estoy preocupado de verme (vea) o lo poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo(a)

15

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

16

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

17

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa

18

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

19

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilogramos
- 2 He perdido más de cinco kilogramos
- 3 He perdido más de ocho kilogramos

A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos

SI

NO

20

- 0 Yo no estoy más preocupada(o) de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupada(o) acerca de problemas físicos tales como dolores, mala estar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupada(o) por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupada(o) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesada(o) en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesada(o) en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

Muchas Gracias.

Total:

Proyecto PAPIME PE306309
*"Psicoterapia Via Internet: una
 alternativa de tratamiento"*



YO, COMO PERSONA

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones, responda a cada una de ellas de acuerdo a su opinión. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. Cada quien tiene derecho a opinar lo que desee.

Las respuestas que puede dar es alguna de las siguientes:

TA: Totalmente de acuerdo

A: De acuerdo

D: En desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

		TA	A	D	TD
1	Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Soy una persona con muchas cualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	En realidad no me gusto a mí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Poca gente me hace caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Casi siempre me siento seguro(a) de lo que pienso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Creo que la gente tiene buena opinión de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Es muy difícil ser uno mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Soy muy feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	A veces desearía ser más joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Me siento orgulloso(a) de lo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Siempre tiene que haber alguien que me diga que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Es fácil que yo le caiga bien a la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Por lo general, la gente me hace caso cuando le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Con frecuencia desearía ser otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Me siento bastante seguro(a) de mí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS

Bibliografía

American Psychological Association. Services by telephone, teleconferencing, and Internet. A statement by the ethics committee of the American Psychological Association. (1997). Recuperado el 11 de Junio del 2010, de www.apa.org/ethics/stmnt.

Asociación Psiquiatría Americana. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson.

Barrientos, G. (2003). ¿Es ético realizar psicoterapia en el ciberespacio? Recuperado el 12 de Julio del 2009, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia> el

Baron, N.S. (1998). Letters by phone or speech by other means: The linguistics of email. *Language and Communication*.

Bermejo, M. A. (2001). Eficacia y Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual Via Internet. Recuperado el 2 de mayo del 2009, de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>

Bermejo, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica via Internet. Recuperado el 14 de Julio del 2010, de www.psiquiatria.com.

Bourne, E. (2001) *The anxiety & phobia workbook*. Third Edition. EU: New Harbinger Publications, INC.

Caballo, V. (1991) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. (3ra ed.) Madrid; España: Siglo Veintiuno.

- Caballo, V. (2005). Manual para la evolución clínica de los trastornos psicológicos. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Callahan, E.J., Hilty, D.M., y Nesbitt, T.S. (1998). Patient satisfaction with telemedicine consultation in primary care: comparison of rating of medican al mental health applications. *Telemedicine Journal*, 4, 4, 363-369.
- Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, I. Y Flores, L. (2005). *Psicoterapia en Línea. Manual del terapeuta*. Laboratorio de Enseñanza Virtual. Facultad de Psicología UNAM. ISBN en trámite.
- Cárdenas, G., Vitesierra, A., Villanueva, L. (2007) Ambientes Virtuales para la Educación y Rehabilitación Psicológica. México, D.F.: UNAM
- Castanyer, O. (1997). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Clark, L.S. (1998). Dating on the Net: Teens and the rise of "pure" relationships. En S.G.Jones (ed.), *Cybersociety 2.0: Revisiting computer-mediated communication and community*. California, USA: Sage Publications.
- De la Rosa, A., (2007). Resultado de la intervención psicoterapéutica vía Internet para pacientes con trastornos de ansiedad. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Emperador, L. (2001). Psicoconsulta: una terapia on-line. Recuperado el 14 de Julio del 2010, de www.psicologiaonline.com.
- Golfried, R. (1996). De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. España: Ed. Desclee de Brouwer.

- Hernández, A. (2005). Alternativas para fomentar una sana autoestima: revision documental. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Kalb, C. (2001). Seeing a Virtual Shrink. *Newsweek*, 137, 4, p54.
- King, S.A. y Poulos, S.T. (1998). Using the Internet to treat generalized social phobia and avoidant personality disorder. *CyberPsychology and Behavior*. 1, 1, 29-36.
- Lange, A., Schrieken, B., Van, J-P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P., Van der Kolk, J., Lydsdottir, L., Massaro, M. Y Reuvers, A. (2000. Apr). Intherapy: the effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 28, (2), 175-192.
- Mahoney, M. J. (1991). Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy. New York: Basic Books.
- Manrique, R. (2009) La Psicoterapia a través del Internet. Recuperado el 2 de mayo del 2009. de <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/terapiaonline.html>
- Marks, I. (2001). Theoretical and practical advances in treating anxiety and depresión. En *Memorias del XXXI Annual Congress of the Association for behavioural & Cognitive Therapies*, p. 5.
- May, C.R., Ellis, N.T., Atkinson, T., Gask, L., Mir, F. y Smith, C. (1999). Psychiatry by videophone: a trial service in north west England. *Study of Health Technology of Information*. 68, 207-210.

- Nezu, A., Nezu, C., Peacock, & Girdwood, C. (2003). Case Formulation in Cognitive-Behavior Therapy. En: Behavioral Assessment, Vol. 3 of the Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. New York: Wiley.
- Nickelso, W. (1998). Telehealth and the Evolving Health Care System: Strategic Opportunities for Professional Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (6), 527-535
- Patoni, M., (2003). Psicoterapia vía Internet, su práctica, regulación e investigación: el caso del tabaquismo. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Phares, E. J. (1999). Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aplicaciones (2da ed.). México, D.F. : Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2004) *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* Edit. Psicom. Bogotá Colombia
- Orave (2000) Online counseling and the Internet: Perspective for mental Health care supervision and education. *Journal of Mental Health*, 9(2). Pp.121-135.
- Kubli, E. (1987). *Aserividad sé tu mismo sin sentirse culpable*. México: Editorial Prax
- Ruiz, N. (2004). Propuesta de un taller para el reforzamiento de la autoestima como alternativa de tratamiento para las relaciones destructivas de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Segall, R. (2000). On-line Shrinks. *Psychology Today*, 33, 3, p38.

Schneider, P.L. (2001). Telehealth: Psychotherapy using distance technology: A comparison of outcomes. Recuperado el 14 de Julio del 2010, de <http://telehealth.net/articles/tecnologyvface.html>. Fecha acceso 30/5/2001.

Sociedad Mexicana de Psicología (2005) Código ético del psicólogo. México: Trillas.

Suler, J. (1996). The Psychology of Cyberspace. Recuperado el 28 de abril del 2009, de www.rider.edu/~suler/psyber/cybaddict.html

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

Trujillo, A. (2005). Nuevas tecnologías y psicología. Una perspectiva actual. ISSN. Universidad de Sevilla. Vol. 23, número 3, págs. 321-335.

Valdivieso, S. (1994). Fundamentos y limitaciones de la psicoterapia. Boletín Escuela de Medicina, P.