



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA VIA INTERNET PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

SUSTENTANTE: **ANABEL DE LA ROSA GÓMEZ**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

DIRECTORA: DRA. GEORGINA CARDENAS LÓPEZ
SUPERVISORA: DRA. GEORGINA CARDENAS LÓPEZ

INSTITUCIÓN RECEPTORA: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, LABORATORIO DE ENSEÑANZA VIRTUAL.
PROGRAMA: *Psicoterapia En Línea - Una Alternativa Para La Formación Profesional En
Psicología Clínica-*
Clave: 2006-0012/0023-3460.



MEXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por acogerme y enseñarme toda su diversidad.

Facultad de Psicología, especialmente al Laboratorio de Enseñanza virtual
y a cada uno de sus miembros, que junto con ellos aprendí en lo
profesional y en lo personal.

*Agradecimiento especial a la Dr. Georgina Cárdenas por su apoyo a
mi crecimiento profesional.*

AL HONORABLE JURADO

Por sus oportunos comentarios, siempre enriquecedores:

Dr. Ariel Vite Sierra

Mtra. Milagros Figueroa Campos

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dr. Adrián Muñoz Sigüenza

AGRADECIMIENTOS

A los que estuvieron...

A los que están...

Y a los que vienen...

A Mi familia:

Papá: Por tu silencio...

Mamá: Por tus demandas...

Jess: Por tu complicidad...

A mis abuelos: por su ejemplo de vida y de lucha

A mis tíos y primos: por su apoyo y cariño

A mis Amigos:

Indira: por aprender juntas que la privacidad es determinante del cambio y por siempre brindarme tu apoyo para seguir... gracias Amiga!!

Ernesto: por haber sido mi compañero, por sostener mi mano y el resto de ella... por aprender que el futuro es incierto y no sabemos de él, sólo por el rastro que deja...

Yohan: por siempre estar presente en momentos importantes...

Iliana: por enseñarme que pase lo que pase, ciertas cosas es mejor no tratar de entender, solo hay que disfrutarlas, vivirlas mientras duren... Porque estar vivo exige un esfuerzo mucho mayor que el simple hecho de respirar.

Alejandro: por hacernos visibles y mirarnos al caminar...

A todos y cada uno con quiénes recorrí, compartí y colorearon mi estancia.

ÍNDICE

RESUMEN	<u>6</u>
JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO	<u>7</u>
MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	<u>11</u>
I. PSICOTERAPIA EN LÍNEA	<u>11</u>
1.1 Orígenes de Psicoterapia en Línea.....	<u>11</u>
1.1.1 Radioterapia.....	<u>12</u>
1.1.2 Telesalud	<u>13</u>
1.1.2.1 Telesalud en México.....	<u>15</u>
1.2 Psicoterapia en Línea como una Alternativa.....	<u>16</u>
1.3 Ventajas y Desventajas de la Modalidad de Tratamiento.....	<u>17</u>
1.3.1 Ventajas de Psicoterapia en Línea.....	<u>17</u>
1.3.1.1 Ventajas para el <i>Paciente</i> son:.....	<u>18</u>
1.3.1.2 Ventajas para el <i>Terapeuta</i>	<u>19</u>
1.3.2 Desventaja de Psicoterapia a distancia.....	<u>20</u>
1.4 Casos y Candidatos viables a Psicoterapia en Línea.....	<u>21</u>
1.5 Tipos de Comunicación	<u>22</u>
1.5.1 Comunicación sincrónica:.....	<u>22</u>
1.5.2 Comunicación asincrónica:.....	<u>23</u>
1.6 Herramientas empleadas en Psicoterapia en Línea.....	<u>23</u>
1.6.1 E-mail	<u>23</u>
1.6.1.1 Ventajas	<u>24</u>
1.6.1.2 Desventajas.....	<u>24</u>
1.6.2 Chat rooms	<u>25</u>
1.6.2.1 Ventajas.....	<u>25</u>
1.6.2.2 Desventajas.....	<u>26</u>
1.6.3 Grupos de terapia en línea.....	<u>26</u>
1.6.4 Conferencia (audio chat).....	<u>27</u>
1.6.5 Video Conferencia.....	<u>27</u>
II. ANSIEDAD.....	<u>28</u>
2.1 Sintomatología	<u>31</u>
2.2 Diagnóstico	<u>32</u>
2.3 Epidemiología.....	<u>35</u>
2.3.1 Trastornos de ansiedad a nivel mundial.....	<u>36</u>
2.3.2 Incidencia y prevención de los trastornos de ansiedad en México	<u>37</u>

III. ANSIEDAD Y PSICOTERAPIA EN LÍNEA.....	<u>39</u>
3.1 Aplicaciones de Psicoterapia en Línea a Trastornos de Ansiedad	<u>39</u>
3.2 Modelo Cognitivo- conductual en Psicoterapia en Línea	<u>41</u>
3.2.1 Técnicas Cognitivo- Conductuales empleadas en Psicoterapia en Línea ..	<u>44</u>
3.2.1.1 Reestructuración cognitiva	<u>44</u>
3.2.1.2 Entrenamiento en Relajación	<u>46</u>
3.2.1.3 Control de Emociones	<u>46</u>
3.2.1.4 Entrenamiento asertivo	<u>47</u>
3.2.1.5 Entrenamiento en Solución de problemas.....	<u>48</u>
3.2.1.6 Desensibilización Sistemática	<u>49</u>
 ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN.....	<u>52</u>
 RESULTADOS OBTENIDOS	<u>62</u>
 CONSIDERACIONES FINALES	<u>75</u>
 REFERENCIAS	<u>80</u>

RESUMEN

Debido a los constantes cambios en el ámbito de la ciencia y la tecnología en el que se encuentra inmerso el Psicólogo clínico, y ante la necesidad de espacios de práctica profesional que le permitan desarrollar competencias profesionales en la campo de la salud mental. Surge el programa de Servicio Social *Psicoterapia en Línea- una Alternativa para la Formación Profesional en Psicología Clínica (2006-0012/0023-3460)*, al que me encuentro adscrita como prestadora del mismo, cuya Institución Receptora es la Universidad Nacional Autónoma de México, y dependencia la Facultad de Psicología; que tiene como propósito fundamental guiar a los estudiantes en el área de la salud mental, en formación profesional, para aplicar las habilidades clínicas aprendidas previamente para conducir una terapia en la modalidad de psicoterapia en línea bajo la supervisión de personal profesional . Para lo cual, participé en un proceso de entrenamiento en diferentes áreas del crecimiento profesional: a) entrenamiento de psicoterapia en línea, b) entrenamiento en el software del servicio y c) entrenamiento en trastornos de ansiedad.

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), reporta los resultados obtenidos en la intervención psicoterapéutica en línea, bajo el enfoque cognitivo-conductual, con una muestra de 3 pacientes, todas de sexo femenino y pertenecientes a la comunidad universitaria con problemáticas relacionadas a Trastornos de Ansiedad.

Los resultados obtenidos durante el proceso terapéutico en línea, indican diferencias positivas en las evaluaciones finales al tratamiento (postest), con respecto a las evaluaciones iniciales (pretest); de igual forma los resultados sobre el nivel de satisfacción del usuario hacia la modalidad de tratamiento fue evaluada favorablemente con una tendencia alta y positiva. Con los datos obtenidos durante la intervención, se identificaron algunos aspectos importantes a evaluar susceptibles a modificar y tomar en cuenta para mejora del servicio psicológico en línea ofrecido.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.

El presente siglo se ha caracterizado por los constantes cambios en el ámbito de la ciencia y la tecnología. Se está viviendo un proceso de desarrollo tecnológico, social, demográfico, económico, ecológico, cultural y humano; se vive inmerso en un mundo que camina cada vez más aprisa. Estos cambios impregnan nuestras vidas, un mundo caracterizado por la aceleración del tiempo y del espacio, por la diversidad cultural, la complejidad tecnológica y la incertidumbre científica. Desde esta visión en el ámbito de la educación se amplían las funciones de los profesionales de la salud mental: Psicólogos, quiénes han de enfrentarse a nuevos problemas y obligaciones que exige la época.

Los servicios de salud, al igual que otras áreas, se han beneficiado de los avances de las tecnologías de la información y comunicación. Desde hace algunas décadas se ha publicado en la literatura del área, aplicaciones innovadoras de sistemas de tratamientos basados en la computadora; 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 mental (Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores, 2005).

Los sistemas basados en computadora han sido utilizados de manera creciente en nuestra disciplina, para asistir en la evaluación de trastornos mentales. Actualmente en E.U.A y Europa se utilizan sistemas tecnológicos para establecer conexiones entre terapeutas y pacientes a través de la conexión a una computadora.

En México, en la Facultad de Psicología, UNAM, y específicamente en el Laboratorio de Enseñanza Virtual, se están desarrollado programas de intervención psicológica apoyados por tecnología y que han evolucionado en programas de autoayuda basados en la computadora.

Es así que se implementa el programa de Servicio Social (*Psicoterapia en Línea - una Alternativa para la Formación Profesional en Psicología Clínica: 2006-0012/0023-3460*), al que adscribí como prestadora del mismo, el cual surge del proyecto PAPIME EN 300104 y tiene como propósito fundamental guiar a los estudiantes en el área de la salud mental, en formación profesional, para aplicar las habilidades clínicas aprendidas previamente para conducir una terapia en la modalidad de psicoterapia en línea.

La justificación de la prestación del Servicio Social se fundamenta en ofrecer un escenario más de práctica profesional para el psicólogo universitario en formación y a la alta incidencia de comportamientos de riesgo que enfrenta el estudiante universitario.

Este aspecto ha propiciado la búsqueda de espacios en el ambiente natural, en donde el alumno pueda insertarse, y por medio de la asesoría del profesional calificado, prepararse para el futuro laboral. Sin embargo, no siempre es factible lograr que los estudiantes puedan involucrarse en escenarios propios a sus intereses o a la propia estructura curricular y por otra parte, el que los escenarios requieran que éstos cuenten con una serie de habilidades previas a su inserción, lo que dificulta su formación integral, en particular, la desvinculación entre la teoría y la práctica, dando lugar a la búsqueda de alternativas (Cárdenas et al., 2005).

La relevancia del IPSS, basado desde las competencias laborales, es precisamente poner en uso o acción lo que se sabe; es decir no mantener el conocimiento teórico aislado o latente, sino emplearlo y aplicarlo en un escenario real de intervención psicológica y con ello lograr una formación profesional integral.

En el aspecto educativo, uno de los puntos cruciales en la formación del estudiante universitario lo representa, sin duda, la vinculación de la educación en situaciones reales de trabajo y de la vida, ya que promueven una preparación que conjunta tanto la experiencia social, la práctica profesional y un desarrollo disciplinar que pretendió conducirme, como estudiante y profesional a ser capaz de identificar, intervenir y/o proponer alternativas de solución a un problema determinado.

Al profesional en la actualidad se le demandan más conocimientos especializados para realizar actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión, y más capacidad para adaptarse a una serie de funciones a desempeñar, que además están en constante cambio.

Como prestadora del Servicio Social en Psicoterapia en Línea, logré insertarme a la práctica clínica profesional a través de mi participación como psicoterapeuta en línea con la asesoría y supervisión de un profesional calificado.

A través del período del Servicio Social, pretendí adquirir conocimientos, destrezas y habilidades (competencias laborales) para mi formación integral, como Psicóloga clínica, tanto en entrevista, diagnóstico, como en la formulación de tratamiento en una intervención terapéutica a través de Internet.

El programa adscrito al Servicio Social, propone el desarrollo, instrumentación y evaluación de Psicoterapia en Línea o Psicoterapia a distancia como modalidad de entrenamiento para la formación de habilidades clínicas dirigido a estudiantes de Licenciatura en Psicología de la UNAM, a la vez de evaluar la efectividad de los servicios psicológicos proporcionados vía Internet a la comunidad estudiantil universitaria a la cual atiende, en su mayoría estudiantes de los diversos planteles educativos.

El Plan de Actividades Académico-Profesionales que se desarrolló, se plantea a continuación:

- Entrenamiento sobre Psicoterapia en Línea: a) ¿Qué es Psicoterapia en línea?; b) Estructura de Intervención terapéutica en línea (curso sobre trastornos de Ansiedad y curso sobre Depresión); c) Instructivo del uso del software del servicio.

- Intervención Psicoterapéutica vía Internet: Entrevista, Evaluación, Diagnóstico, Formulación del Tratamiento e Intervención Terapéutica, bajo supervisión profesional.

- Apoyo en el desarrollo de materiales para el programa de entrenamiento:
 - a) Elaboración de un Manual de Depresión para terapeutas y usuarios en general,
 - b) Desarrollo del Protocolo de Depresión para Psicoterapia en línea.,
 - c) Desarrollo de Manual de Autoestima para terapeutas.

El presente Informe Profesional de Servicio Social, reporta los resultados obtenidos en la intervención psicoterapéutica en línea con 3 pacientes, bajo el enfoque cognitivo-conductual. Asimismo, se describe los logros alcanzados y desarrollados en la formación profesional obtenida a través del programa de Servicio Social.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

I. PSICOTERAPIA EN LÍNEA

1.1 Orígenes de Psicoterapia en Línea.

A lo largo de la historia del ser humano el estar comunicado ha sido esencial, en las últimas décadas y gracias a los avances tecnológicos se ha agilizado el desarrollo de herramientas que permiten acortar distancias, además de otros beneficios, por ejemplo, acceso a todo tipo información, una mayor conciencia de lo que ocurre en otras partes del mundo y un mayor acceso al conocimiento.

El uso de las Nuevas Tecnologías tiene grandes ventajas, una de las más importantes es el acceso a Internet, que se puede dar en casi cualquier lugar y momento, siendo esto una opción de apertura a la comunicación, a la investigación y a una marcada e irreversible apertura democrática. Por lo que algunos modelos educativos se benefician al incluir y contemplar estas tecnologías, para facilitar el aprendizaje y la investigación.

La tecnología a la cual tenemos acceso a través de esta herramienta, resulta cada vez más necesaria para estar comunicados e informados. Sin embargo, el ciberespacio posee información de todas partes del mundo, con diferentes tipos de contenidos y usuarios, sin existir en muchos casos una regulación de la información así como su acceso.

Internet esta ocupando un lugar importante dentro de la vida académica, laboral, social y de la salud. De acuerdo con Marks (2001), Internet es otro recurso para la comunicación entre las personas; es una comunicación mediada por computadora, es decir, toda la información contenida en la Web esta cambiando de una persona a otra a velocidad y magnitudes extraordinarias por medio de cables u ondas teledirigidas.

Uno de los atractivos de Internet, es que en el ciberespacio, las distancias y el tiempo, son vividos subjetivamente, eliminándose las barreras físicas y temporales. Esto favorece la aparición de vínculos interpersonales y formas de comunicación que constituyen una nueva dimensión interaccional que de forma acelerada se extrapola a la relación terapeuta-paciente. La dirección de la terapia a distancia está a cargo de profesionales de la psicología, además del uso del teléfono como instrumento terapéutico no es ajeno a muchos psicólogos, como ayuda en la intervención en crisis.

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. Un ejemplo claro de ello es la Telemedicina, el uso de información electrónica y tecnológica de comunicación para propiciar cuidados en la salud cuando la distancia separa a los participantes. La Tecnología incluida en la telemedicina: videoconferencia, teléfono, fax, radio, tv e Internet.

1.1.1 Radioterapia.

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

El valor terapéutico de la psicología por radio es cuestionable y las normas éticas promulgadas por la Asociación Americana de Psicología (1992), anuncian que una relación terapéutica no puede ser formada con base a un contacto por la radio.

Esta norma es fácil de sustentar, porque las interacciones en la radio no ofrecen ninguna privacidad y el locutor de radio entiende que esas llamadas son el principal entretenimiento del show.

Según Scheiber (1988, citado en Pergament, 1998), la “radioterapia” no promete un contacto ininterrumpido, ni el desarrollo de una alianza terapéutica entre psicoterapeuta y paciente, o la experiencia emocional de transferencia, contratransferencia y resistencia, que son sustanciales en el tratamiento psicoterapéutico tradicional. Pero otro autor como Suler (1996), sí concibe la transferencia dentro de las comunicaciones por la radio o Internet.

1.1.2 Telesalud

Es a partir del uso del internet, que surge el término de “Telesalud”, como resultado de las limitaciones geográficas para proveer información y servicios de salud tradicional y especializada a las personas que no tuvieron la posibilidad de tener un encuentro cara a cara con el proveedor de servicios de salud, así como para abordar el problema de la gran demanda de servicios de salud (Patoni, 2003).

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

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

Este tipo de servicios se conocían como *telemedicina*. El Instituto Nacional de Medicina, la definió como: “el uso de información electrónica y tecnologías de la comunicación para proveer y apoyar cuidados de salud cuando la distancia separaba a los participantes” (Institute of Medicine, 1996, p. 16, citado en Nickelson, 1998, p. 528), y El Grupo Federal de Trabajo conjunto sobre Telemedicina, (JWGT), la definió como: “el uso de información y tecnología electrónica para proveer cuidados clínicos” (U.S. Department of Commerce, 1997, p.1, citado en Nickelson, 1998, p. 528).

La telemedicina, es un sistema integrado de servicios médicos proporcionados por medio de la informática, que pretende sustituir el contacto cara a cara entre el paciente - médico y hace posible la atención del enfermo por médicos especialistas, sin importar la distancia que los separe, pero lo más importante, en tiempo real. Así mismo, favorece la prestación de servicios médicos en cualquier parte del mundo, a través de la combinación de expertos en servicios de la salud y expertos en telecomunicaciones (Gómez y Martínez, 2001).

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

A la fecha, no se ha llegado a un acuerdo o concepto final de esta disciplina. Sin embargo Nickelson (1998) definió a la telesalud como: “El uso de las telecomunicaciones y la información tecnológica para tener acceso a evaluación, de salud, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, educación e información a través de la distancia” (p. 527). De igual manera, propone el concepto de telesalud del comportamiento como la simple aplicación de las telecomunicaciones y la información tecnológica para proveer servicios de salud comportamental o de conducta.

1.1.2.1 Telesalud en México.

Las primeras transmisiones de información sobre salud en México se realizaron en 1995 entre el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y un hospital de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, como una prueba piloto que durante 4 meses permitió la evaluación de la tecnología utilizada y el ajuste de los niveles de calidad de vídeo, audio y equipos periféricos.

De igual forma, permitió comprobar la relación costo-beneficio de la inversión, ya que muchos pacientes viajaban a la Ciudad de México sin la documentación requerida, o sin las pruebas de laboratorio necesarias o sin cita con el médico o para una cirugía no programada y por lo tanto su atención no era posible. Otras tantas, su traslado era absolutamente innecesario porque su problema podía ser tratado en la clínica familiar cercana al enfermo (Gómez y Martínez, 2001).

La Telesalud en México es una nueva disciplina; sin embargo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) se ha posicionado como líder latinoamericano en la materia y ha estructurado el Programa Nacional de Telesalud que enlaza unidades médicas distantes del interior de la República Mexicana con Hospitales Regionales que funcionan como Centros de Control Maestro del país y que son el de Mérida en el sureste, el de Monterrey en el noreste, el de Culiacán en el noroeste y para la zona centro el de Zapopan y el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

La red instalada ha permitido la comunicación interactiva mediante un sistema de videoconferencia multimedia que incluye archivos clínicos tanto médico-médico como médico-paciente, facilitando de esta manera la atención de médicos especialistas allá en las unidades remotas, sin tener que trasladar al paciente. De esta manera se ha extendido los recursos de salud de los hospitales con mayor poder resolutivo a los distantes y con mayores facilidades en todo el país (Gómez, y Martínez, 2001).

1.2 Psicoterapia en Línea como una Alternativa.

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

Posteriormente es definida por Suler (2000) como “ciberterapia” describiéndola como un medio ambiente psicoterapéutico mediado por la comunicación y 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), la Psicoterapia en línea, es la aplicación de la salud mental, psicológica y de los principios del desarrollo humano, a través de lo cognitivo, lo afectivo, lo conductual o estrategias sistemáticas de intervención que se dirijan al bienestar y el crecimiento personal.

1.3 Ventajas y Desventajas de la Modalidad de Tratamiento

1.3.1 Ventajas de Psicoterapia en Línea

Dentro de la Psicoterapia en línea se pueden encontrar algunos beneficios como son:

- 1) La invisibilidad del terapeuta puede favorecer la confidencialidad y la auto revelación. El paciente puede verse así menos tenso, avergonzado o atemorizado si tiene la percepción de que su problema psicológico al exponerse cara a cara en una psicoterapia de corte clásico puede provocar el rechazo del psicólogo.
- 2) El aumento de la frecuencia de contacto terapéutico, no es preciso que se limite a unas citas predeterminadas, sino que pueden establecerse comunicaciones más frecuentes; o simplemente emplear el correo electrónico como instrumento de contacto entre citas presenciales más demoradas.
- 3) Consultas sencillas, aclaraciones, asesoramiento y consejo psicológico pueden llevarse a cabo con toda efectividad mediante correo electrónico o chat. Una respuesta clara y acertada, acompañando manuales o guías de interés puede ser un modo adecuado de aconsejar a un paciente sobre su problema.
- 4) Con la ayuda del Internet se puede echar mano de las diferentes páginas web que pueden ser valiosas y proporcionar mayor información al paciente; ya sean fotos, música, sonidos, videos, programas (software), artículos, estadísticas o información sobre algún tema en específico.
- 5) Favorece la rapidez en la transmisión de información y facilita la comunicación, incluso en personas con déficit de conductas asertivas.
- 6) La flexibilidad del medio, que admite múltiples formas de comunicación (chat, videoconferencia, correo, comunicación telefónica, envío de archivos, etc.), es siempre una ventaja a destacar (Bermejo, 1999).

1.3.1.1 Ventajas para el *Paciente* son:

- 1) Reduce la distancia que hay entre el paciente y psicoterapeuta, pues no todo el mundo vive en las grandes ciudades, donde es fácil ubicar a un psicólogo.
- 2) Económicamente, es más barato tener un encuentro con el psicólogo por esta vía, ya que no se gasta en gasolina, estacionamiento o pasajes y se ahorra tiempo de traslado, evitándonos el estrés producido por el tráfico.
- 3) Integrantes de una familia pueden tener contacto vía Internet al mismo tiempo, si es que los miembros de ésta viven en diferentes partes y no pudieran reunirse personalmente.
- 4) Puede ser más fácil para pacientes discapacitados físicamente y que no puedan trasladarse hasta el consultorio del Psicoterapeuta, teniendo por este medio su apoyo o consulta psicológica sin moverse de su casa.
- 5) No todos los pacientes "se animan" a una entrevista cara a cara, en este sentido puede significar un punto de partida entre el vínculo Paciente-Psicoterapeuta hasta lograr un contacto "en vivo".
- 6) El paciente puede mandar un correo electrónico al psicoterapeuta justo en el momento que pudiera padecer algún sentimiento, trastorno leve o conflicto, describiéndolo con mucho más detalle y no esperarse hasta la siguiente consulta, permitiendo un contacto y hasta una empatía mejor al psicoterapeuta, teniendo éste una idea más clara y precisa de lo que le ocurre al paciente en ese momento, sin omitir detalles que pudieran ser olvidados en la terapia tradicional, por parte del paciente.
- 7) Las tablas de registros pueden ser llenadas en la misma computadora o se podrían imprimir, dependiendo del lugar donde se encuentre el paciente, escanearlas y mandarlas.
- 8) En caso de que un paciente se halle en una situación crítica o de emergencia, cuenta con la posibilidad de acudir a un psicólogo en línea y tener apoyo, así como sucede en las líneas telefónicas de ayuda psicológica.

9) El paciente puede encontrar mas fácilmente a muchas personas por Internet que tuvieron o tienen el mismo problema, que en una búsqueda personal y hasta con el psicólogo. Sin importar el país. Dejando a un lado su sentimiento de soledad y por lo tanto tener mayor apoyo psicológico (Patoni, 2003).

1.3.1.2 Ventajas para el *Terapeuta*

Bermejo (1999) menciona que dentro de las ventajas se encuentran:

- 1) El psicoterapeuta podría contestar dudas relacionadas con el tratamiento por vía e-mail.
- 2) El psicoterapeuta podría tener ayuda de las diferentes páginas web que también se dediquen a la intervención por Internet, así como echar mano de las gráficas que se presentan en éstas (por ejemplo, instrucciones de las técnicas de relajación).
- 3) El psicoterapeuta cuenta con un registro total del material clínico que el paciente proporciona vía correo electrónico o chat (siempre y cuando el paciente lo permita).
- 4) Da la oportunidad de abrir nuevas líneas de investigación sobre la transferencia, resistencias, experiencias u otras reacciones del individuo ante la Internet.
- 5) Los terapeutas pudieran expresar con más libertad sus sentimientos o emociones, sin que el paciente se diera cuenta, y tomar posturas físicas que serían imposibles en una psicoterapia presencial.
- 6) Se eliminan gastos de mantenimiento del lugar, renta, agua, luz, mobiliario u otros servicios, los cuales se verán reflejados en el bajo costo de la psicoterapia vía Internet.
- 7) Podría canalizarse al paciente directamente a otra consulta en línea en cuestión de segundos, sin el molesto traslado de un lugar a otro como lo sería en una consulta presencial.

8) El potencial que la Internet tiene, de llegar a mucha gente, también se podría reflejar al alcance que podría tener el psicólogo (Patoni, 2003).

1.3.2 Desventaja de Psicoterapia a distancia

1) 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 o durante el establecimiento de nuevas habilidades en personas carentes de ellas. Las habilidades sociales y por ende, las estrategias fundamentales en la comunicación no-verbal son indispensables en muchos programas de intervención. Personas con problemas que sugieran déficit en esta área no se beneficiarán significativamente de una terapia por Internet.

2) Es más difícil asegurar la confidencialidad a través de Internet que en psicoterapia "en persona". Pues hackers (Experto de la informática capaz de entrar e interceptar en forma dolosa un sistema informático para apoderarse, interferir, dañar, destruir, conocer, difundir o hacer uso de la información que se encuentra almacenada en los sistemas de cómputos). podrían acceder a información confidencial del paciente, podrían modificarla o hasta borrarla.

3) Dificultad (no imposibilidad) en el establecimiento de una buena relación terapéutica. Los mandamientos "rogerianos" de congruencia, empatía y aceptación incondicional tendrían dificultad en establecerse durante una comunicación por chat (mensajes escritos) en Internet, se precisaría un buen dominio del lenguaje y de la comunicación escrita emocional. En una intervención empleando programas de audio-conferencia podría salvarse fácilmente este inconveniente.

4) Ausencia de espontaneidad y naturalidad. Difícil de transmitir en una intervención por chat escrito.

5) Dificultad en la evaluación del paciente. Cuanto más se conoce sobre el paciente, más datos se tienen para identificar los problemas que presenta.

- 6) El no disponer de información verbal y no verbal del paciente restará fiabilidad y validez al diagnóstico, el cual dependerá excesivamente de los tests y cuestionarios y de sus escritos.
- 7) Alargamiento de la Terapia. Si no se emplea audio durante una comunicación terapéutica por Internet, un tratamiento psicológico puede extenderse en 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.
- 8) La dificultad en la implementación del tratamiento. ¿cómo avivar la motivación de nuestros pacientes? ¿cómo realizar el seguimiento de las tareas que lleven a cabo? ¿cómo aplicar estrategias tales como relajación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, etc?
- 9) Una terapia utilizando sólo texto (correo o chat) puede perder potencia desde el punto de vista “sensorial” al no incluir la inmensa gama de matices que en una intervención presencial se hacen presentes. (En una intervención cara a cara, probablemente se utilicen tres o más sentidos corporales: vista, oído, olfato, tacto, etc.
- 10) La “invisibilidad” del terapeuta puede ser generadora de ansiedad o confusión por parte del paciente no adaptado al uso de las nuevas tecnologías en la comunicación terapéutica (Bermejo, 1999).
- 11) La falta de discriminación entre un paciente real y un impostor es difícil de visualizar, pues como alguien pudiera tener una necesidad real de consultar a un psicólogo o sólo estar jugando en Internet. Lo cual quitaría tiempo valioso al psicólogo y a un probable paciente.

1.4 Casos y Candidatos viables a Psicoterapia en Línea

De acuerdo con Bermejo (1999), un tratamiento psicológico vía 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 (por ejemplo, problemas agorafóbicos, fobia social, etc.)
- En caso de traslados o ausencias por diversas causas.
- Si el paciente desea mantenerse en el anonimato.
- Si el trastorno que presenta no le incapacita para seguir instrucciones a distancia en cuanto a la aplicación de estrategias y técnicas de cambio terapéutico.
- Muestra dificultad de comunicación por esta vía y capacidad de concentración a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- Si aún pudiendo acudir a un psicólogo cerca de su lugar de residencia opta por este medio por considerarse familiarizado con él y dispone de recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico a distancia.
- Si el trastorno o trastornos presentados no tienen la consideración de graves o muy graves.

1.5 Tipos de Comunicación

Existen dos modalidades de comunicación en psicoterapia en línea; comunicación sincrónica y comunicación asincrónica.

1.5.1 Comunicación sincrónica:

En la comunicación sincrónica, el paciente y el terapeuta están sentándose al mismo tiempo en su computadora (tiempo real), actuando recíprocamente entre sí en ese momento. Algunos ejemplos incluyen el chat de texto, chat multimedia, teléfono por Internet, video conferencia, mensajería instantánea, los sistemas de mensajería cortos (como los mensajes de texto en la comunicación celular).

1.5.2 Comunicación asincrónica:

En la comunicación asincrónica el terapeuta y el paciente no están sentados al mismo tiempo en sus computadoras. Normalmente esto significa que hay una diferencia en el horario en que la interacción ocurre. La percepción del sentido de presencia desaparece, aunque el sentarse a leer un mensaje puede provocar el sentirse subjetivamente como si estuviéramos en un espacio temporal fluido con la otra persona. El mejor ejemplo de comunicación asincrónica es el e-mail.

1.6 Herramientas empleadas en Psicoterapia en Línea

1.6.1 E-mail

De acuerdo con Bermejo (1999), los mensajes de correo electrónico se pueden destinar a:

1. Sustituir la entrevista terapéutica cara a cara.
2. Motivar al paciente a seguir con el tratamiento.
3. Responder a todas sus dudas y cuestiones (información).
4. Preguntar continuamente sobre su evolución y el ritmo de realización de sus tareas, reforzando en lo posible su seguimiento de instrucciones a distancia. Es decir hacer un monitoreo.
5. Inserción de instrucciones directas y personalizadas de realización de actividades y tareas para superar su trastorno.
6. Reestructuración cognitiva de algunas ideas distorsionadas.
7. Mantener en lo posible una empática relación terapéutica.

1.6.1.1 Ventajas

Un tratamiento mediante comunicación escrita a distancia facilita un análisis más exhaustivo del componente verbal, muy valorado en modelos y escuelas de orientación cognitiva: reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, enfoque de resolución de problemas, psicoterapia cognitivo-narrativa, terapia lingüística de evaluación, etc. (Caro, 1997; citado en Bermejo, 1999)

Suler (2000) menciona las siguientes ventajas:

- No hay problema de horarios u otras dificultades asociadas con el horario de la cita. Los horarios de los diferentes países o estado no son un obstáculo.
- Se puede contestar a la hora que se tenga disponible.
- Hay mucho mas tiempo de reflexión que en la comunicación en tiempo real, lo que permite al terapeuta planear mejor su tratamiento, y al cliente analizar su respuesta.
- Esta comunicación de una ilusión de interactividad ya que permite el intercambio en una comunicación escrita, más frecuente que si se hiciera de manera presencial.
- Permite hacer un análisis más profundo de lo que expresa la persona, que en una comunicación de manera verbal.

1.6.1.2 Desventajas

- Los terapeutas podrían recibir cientos de correos electrónicos, atrasando el tiempo de respuesta.
- El sentimiento de presencia se disminuye, ya que ambos no están en el mismo momento.
- Algo de espontaneidad se pierde al no interaccionar en el momento.
- El paciente podría sentirse preocupado o sin importancia al no recibir respuesta en el tiempo especificado.

- El problema de la asincronía, es relevante en la terapia vía e-mail, es decir, mediante el intercambio de mensajes de correo electrónico. Con frecuencia los pacientes prefieren respuestas inmediatas a sus problemas y no aceptan demoras excesivas en el correo (Bermejo, 1999).

1.6.2 Chat rooms

Los chats son servicios que pueden servir para formar grupos de auto-ayuda; permiten crear grupos de terapia “en línea” donde pacientes con determinado trastorno pueden reunirse en una sesión dirigida por un terapeuta, tal y como se hace en una sesión de terapia de grupo presencial.

En el ciberespacio, las señales sensoriales casi no están a la vista, pero esto no significa que en este tipo de comunicación no existan o no se puedan ver. Por ejemplo para la comunicación escrita ya sea por chat o e-mail, se han utilizado símbolos, frases y siglas para expresar el estado emocional.

Se le puede dar al paciente un listado de símbolos, frases y siglas para que exprese su estado emocional al escribir.

1.6.2.1 Ventajas.

Suler (1997) menciona lo siguiente:

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

1.6.2.2 Desventajas.

- La dificultad de vivir en zonas muy retiradas o en otros países, traería consigo horarios diferentes y problemas con las citas.
- Existe menos oportunidad de reflexión y análisis que una comunicación asincrónica (e-mail), a excepción del tiempo de reflexión y análisis que existe entre el escribir y pensar el mensaje.
- En el pensamiento del paciente, “terapia” podría ser asociado específicamente con la cita y no es percibido como un proceso fuera de aquel periodo de tiempo.

1.6.3 Grupos de terapia en línea.

El paciente puede encontrar más fácilmente a muchas personas por Internet que tuvieron o tiene el mismo problema, que en una búsqueda personal y hasta con el psicólogo, sin importar el país, dejando a un lado su sentimiento de soledad y por lo tanto tener mayor apoyo psicológico.

La comunicación puede ser asincrónica como los foros o sincrónica por medio de un chat dirigido por un terapeuta.

Una de las ventajas de los grupos de terapia online frente al mundo real, es que la gente con problemas similares pueden encontrarse fácilmente y formar grupos de terapia. La distancia geográfica no representa problema, y desaparecen los límites geográficos.

El poder estar en el grupo con personas de otros países permite ver que el problema no es exclusivo de la persona, sino que esté puede ser universal.

1.6.4 Conferencia (audio chat)

La conversación oral a través de programas como Messenger, Yahoo, Skype, Netmeeting, ICQ u otro programa de mensajería, son útiles para tener una comunicación más ágil con el paciente a través de Internet, sin embargo en México contamos con una infraestructura de telecomunicaciones deficiente, aunque es posible lograr una calidad aceptable. 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.

1.6.5 Video Conferencia.

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

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

II. ANSIEDAD

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite ponernos alerta ante sucesos significativos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro evidente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico (Zumaya, 1999).

Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno (Rojas, 2001).

La ansiedad es un estado psicológico que se retroalimenta y cuyos efectos interfieren en la realización de tareas que exijan focalización y mantenimiento prolongado de la concentración, y se hace presente en individuos de cualquier clase, raza, sexo y religión. Así mismo, acompaña frecuentemente a una gran gama de los trastornos psicológicos y psicosomáticos y es una de las principales causas de asistencia servicios de salud mental. Ya sea sola o acompañando a otros trastornos, la ansiedad interfiere significativamente en la capacidad de las personas para emitir conductas conducentes al logro de la adaptación a las demandas del ambiente (Bobes, 2001).

La ansiedad puede experimentarse a diferentes niveles: Cognoscitivo, afectivo, físico y conductual. A nivel cognoscitivo, la ansiedad implica aprensión, vigilancia excesiva y un enfoque pesimista de las circunstancias.

La experiencia afectiva corresponde a un estado disfórico y con frecuencia, se presentan conductas escapatorias. A nivel físico, hay una serie de síntomas propios de diferentes aparatos y sistemas: Cardíaco, respiratorio, neurológico y gastrointestinales y finalmente a nivel conductual se desarrollan conductas de evitación (Salín, 1997).

El miedo y la angustia son, ambos, reacciones proporcionales al peligro, pero en el caso del miedo el peligro es evidente y objetivo, en tanto que en el de la angustia es oculto y subjetivo (May, 1968).

Para Goldstein (1972; citado por Ravagnan, 1981) el miedo se distingue de la angustia por una diferencia en las reacciones de defensa. El hombre apresado por el miedo tiene reacciones de defensa eficaces, acorde a un ámbito determinado. El hombre angustiado, por el contrario, es presa de un frenesí insensato, su forma expresiva es rígida o desfigurada; está aislado frente al mundo y ese aislamiento hace que el mundo aparezca como totalmente cambiado, sin permitirle percepción ni acciones eficaces. Se puede tranquilizar a un individuo temeroso, demostrándole que la situación del mundo exterior no ofrece peligro, este apaciguamiento no existe para el sujeto angustiado.

La angustia se entiende entonces como un estado emocional complejo que surge inesperadamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, sea esta física, psíquica o en su propia esencia. La vivencia de la angustia produce dos reacciones distintas de lucha o de huida (Ramales, 1997).

La ansiedad en cambio, es menos inhibidora, de una manera genérica, lleva a una reacción esténica; es decir, que se rechaza activamente la situación en un intento de salir de ella. Asimismo, la ansiedad puede convertirse en un fenómeno disregulador cuando no está al servicio del organismo, por no cumplir su función de alarma psicobiológica adaptativa (Vallejo, 1990).

La reacción ante situaciones de alarma o amenaza que generan ansiedad es lo que se ha llamado también “estrés”. Se trata de una reacción inespecífica por Selye (1986; citado por Gándara, 1999) como “reacción general de adaptación”.

Dicho mecanismo acontece en tres fases. La primera sería una reacción de “alarma”, que va seguida de una segunda de “resistencia” y finalmente de una tercera de “agotamiento”.

Las investigaciones sobre las bases biológicas de los trastornos de angustia ha proporcionado una diversidad de hallazgos; una interpretación de ello es que los síntomas del trastorno de angustia están relacionados con una gama de anomalías biológicas en la estructura y funcionamiento cerebral. Dentro de la biología cerebral, el neurotransmisor ligado a la angustia es la producción de catecolaminas (Gándara, 1999).

Una de las más representativas teorías sobre la ansiedad es la Rasgo- Estado. Esta teoría reconoce la centralidad de la valoración cognitiva en la evocación de un estado de ansiedad y la importancia de los procesos cognitivos y motores (mecanismos de defensa) que sirven para eliminar o reducir estados de ansiedad: la valoración personal es esencial de la intensidad que tenga una situación con respecto a su capacidad de ser amenazante, dicha valoración esta basada en las aptitudes, habilidades y experiencias pasadas de la persona, así como por su nivel de ansiedad-Rasgo y del peligro objetivo que es inherente a la situación.

La teoría asume que la activación de los estados de ansiedad involucra un proceso o secuencia de eventos ordenados temporalmente iniciado por estímulos internos o externos que son percibidos como peligrosos o amenazantes para el individuo (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

De acuerdo con la escuela cognitivo-conductual, un factor psicosocial relacionado con los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, son que responden de forma incorrecta a peligros percibidos. La inexactitud se genera por medio de la atención selectiva a los detalles negativos del entorno, de las distorsiones del pensamiento de la información, y a la desmesurada percepción negativa de sus capacidades de afrontamiento (Kaplan, 2000).

2.1 Sintomatología

La característica esencial de los trastornos, es la ansiedad y la preocupación excesiva, que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar ese estado de constantes preocupaciones. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Los síntomas que se presentan en las diferentes clasificaciones de los trastornos que se asocian con ansiedad, se puede agrupar en 3 grupos (Gándara, 1999).

a) Síntomas cognitivos o del pensamiento:

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

b) Síntomas motores:

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

c) Síntomas fisiológicos:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

2.2 Diagnóstico

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), la clasificación de los Trastornos de Ansiedad es la siguiente:

- Trastorno de angustia (con o sin agorafobia, o agorafobia sin trastorno de angustia)
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones, son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones, puede trasladarse de un objeto a una situación (DSM-IV TR, 2002).

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad (Vallejo, 1990), cada uno con sus propias características:

- *Trastorno de ansiedad generalizada*: se trata de una tensión crónica aún cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses.
- *Fobia Específica*: Trastorno que tiene como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación con la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios cerrados (Zumaya, 1999).
- *Fobia Social*: es un temor perceptible y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el paciente se ve expuesto y teme ser evaluado negativamente por los otros. Engloba miedos como ser humillado en situaciones donde se exponga la seguridad ante la gente.

La preocupación hacia las situaciones sociales se enfoca al hecho de hacer o decir algo vergonzoso o inadecuado, que desencadene síntomas de ansiedad tales como: sudoración, temblor o enrojecimiento de la cara que pueda ser observado por los demás. El paciente trata de evitar las tan temidas situaciones, repercutiendo en el desempeño escolar, laboral y social (Bobes, 2001).

- *Agorafobia*: Bados (1995), la define como un conjunto de temores en torno a lugares públicos y a la incapacidad de escapar o encontrar ayuda. Una frecuente parte de la agorafobia son los temores a ir de compras, hallarse con multitudes o viajar. Desde el punto de vista del paciente, la agorafobia es sumamente abrumadora.
- *Trastorno de pánico (o ataque de angustia)*: el paciente experimenta crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente. Se trata de una ansiedad aguda y extrema en la que es frecuente que la persona que la padece crea que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever, es la llamada ansiedad anticipatoria.
- *Trastorno obsesivo-compulsivo*: se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos constantemente (Caballo, 1996).
- *Trastorno por estrés post-traumático*: se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos (Vallejo, 1990).

TOTAL			
<i>Diagnóstico</i>	<i>Alguna vez</i>	<i>Últimos 12 meses</i>	<i>Último mes</i>
Trastornos de ansiedad			
Fobia específica	7.1	4.0	1.5
Fobia social	4.7	2.3	0.7
Trastorno de estrés postraumático	2.6	0.6	0.2
Agorafobia sin trastorno de pánico	2.5	1.7	0.5
Trastorno de pánico	2.1	1.1	0.4
Trastorno de ansiedad generalizada	1.2	0.7	0.4
Cualquier trastorno de ansiedad	14.3	8.1	3.2
Uso y abuso de sustancias			
Consumo perjudicial de alcohol	2.4	0.5	0.0
Dependencia al alcohol	5.9	1.8	0.6
Consumo perjudicial de drogas	1.1	0.4	0.1
Dependencia a las drogas	0.4	0.1	0.0
Dependencia a la nicotina	1.8	1.1	0.3
Cualquier trastorno de sustancias	9.2	3.5	1.0
Trastornos afectivos			
Episodio depresivo mayor	3.3	1.5	0.6
Episodio depresivo menor	1.5	0.7	0.3
Manía (Bipolar I)	1.3	0.9	0.4
Hipomanía (Bipolar II)	2.0	1.1	0.4
Distimia con jerarquía	0.9	0.4	0.2
Cualquier trastorno afectivo	9.1	4.5	1.9

Cuadro 1. Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México. Prevalencia de Trastornos, según la CIE-10 (tomado de Medina-Mora et. al., 2003).

2.3 Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad. Engloban toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, lo que ha llevado a numerosos expertos a considerar a los trastornos de ansiedad como la verdadera epidemia silenciosa del siglo XXI.

2.3.1 Trastornos de ansiedad a nivel mundial

Se calcula que el porcentaje de la población que padece alguno de los trastornos de ansiedad en los Estados Unidos oscila entre 10 y 20 % de acuerdo a las estadísticas de los últimos años.

La incidencia en la mayoría de los trastornos de ansiedad es más frecuentemente en mujeres que en hombres. De acuerdo al DSM-IV, aproximadamente del 55 al 66 % de los diagnósticos se efectúan en mujeres; y en estudios epidemiológicos de población general la relación de sexo es de dos tercios a favor de mujeres (Pichot, 1995).

Algunos autores aseguran que este trastorno se presenta más en mujeres porque éstas se preocupan más y tienden más a reprimir sus pensamientos, tienden a expresar más sentimientos de tristeza y miedo. Esta diferencia en cuanto a género se da porque los hombres a diferencia de las mujeres tienen una gran tendencia a ver las preocupaciones como una herramienta constructiva para resolver problemas, además del rol que éstos tienen en la sociedad.

La publicación de investigaciones en trastornos de ansiedad, aumentó dramáticamente de 1981 a 1990, ya para 1993 la Junta Anual de la Asociación Americana sobre Trastornos de Ansiedad (ADAA), declara que éstos eran los trastornos en los que más se habían invertido de entre todos los trastornos psicológicos. Norton y Gordon (2000) realizaron un estudio en donde James Ballenger, David Barlow, Aaron Beck, David Clark, Edna Foa, Rick Heimberg, Donald Klein e Isaac Marks, quienes son ocho de los más influyentes clínicos e investigadores en el estudio y tratamiento de los trastornos de ansiedad dieron sus opiniones y perspectivas en cuanto la dirección y futuro de los trastornos de ansiedad.

A todos estos expertos se les hicieron cuatro preguntas específicas: 1) el futuro de la investigación en trastornos de ansiedad, 2) el futuro de la intervención, desarrollo del tratamiento y prevención de los trastornos de ansiedad, y 4) los aciertos y errores más grandes en los trastornos de ansiedad durante los diez años anteriores al 2000 (Serrano, 2006).

Norton y Gordon, concluyen con base a las respuestas obtenidas, que el estudio y tratamiento de los trastornos de ansiedad debe enfocarse desde una aproximación multidisciplinaria desde la formación académica, y que la identificación de factores de erradicación o al menos en la reducción de los trastornos de ansiedad, sin embargo la prevención debe darse desde la infancia. Se concluye también de este estudio que hoy en día el tratamiento más efectivo para estos trastornos es la terapia cognitivo-conductual.

La prevalencia en los trastornos de ansiedad se ha dado de la siguiente manera: para trastornos por crisis de angustia oscila entre 1.5 % y 3% ya para las crisis de angustia un 3 o 4 %, para las fobias específicas del 5 al 10% y para la fobia social es de 2 al 3%. La prevalencia del trastorno obsesivo- compulsivo se estima de un 2 a 3%. La prevalencia pro estrés postraumático y estrés agudo es de 1 a 3% y el trastorno por ansiedad generalizada muestra del 3 al 8% en la población general (Kaplan, 2000).

2.3.2 Incidencia y prevención de los trastornos de ansiedad en México

En México los datos en cuanto a la prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad muestran que el 9% de adultos de entre 18 a 54 años ha presentado al menos un trastorno de ansiedad, y de estos el 65% han presentado una comorbilidad asociada relacionada con otras entidades diagnosticas como trastornos afectivos y con el abuso y dependencia a sustancias (alcohol y otras drogas) (Arellano, 2000 y Caraveo, 1999).

El trastorno por crisis de angustia o pánico se presenta en un 1.9% en la población adulta de 18 a 65 años en la ciudad de México, la ansiedad generalizada se presenta en un 3.4 % de la población, para el trastorno obsesivo-compulsivo se presenta en el 1.4% de la población (Caraveo, 1999).

Las estadísticas en México de acuerdo a los datos encontrados por Medina-Mora et. al. (2003) en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) también son alarmantes. Esta encuesta se basó en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, y cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tenían un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vivían en áreas urbanas (población de más de 2, 500 habitantes) y la cual comprende alrededor del 75% de la población nacional (Cuadro 1).

Dentro de los resultados de la encuesta se encontró que los trastornos mentales más prevalentes y crónicos fueron los trastornos de ansiedad (14.3 % alguna vez en la vida), de los cuales la Fobia específica es el de mayor prevalencia, con 7.1%.; le sigue la Fobia social (4.7%); el Trastorno de estrés postraumático (2.6%).

La Agorafobia sin trastorno de pánico (2.5%); el Trastorno de Pánico (2.1%) y el Trastorno de ansiedad generalizada (1.2%) de la población mexicana. De éstos trastornos le siguen los trastornos de uso y abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

Al analizar los trastornos individuales, encontraron que en la población total, en los periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, encontraron que en las mujeres, las fobias tienen un gran peso, mientras que para los hombres los trastornos por uso de sustancias y el trastorno de conducta pesan más.

III. ANSIEDAD Y PSICOTERAPIA EN LINEA

3.1 Aplicaciones de Psicoterapia en Línea a Trastornos de Ansiedad

En la actualidad Internet es un instrumento valioso para llevar a cabo sesiones de tratamiento psicológico, consultas u orientación psicológica “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 Internet pone a disposición de sus usuarios: correo electrónico, vídeo y audio conferencia, páginas y programas de chats, páginas privadas de tele-servicios sanitarios, la posibilidad de realizar llamadas telefónicas a costo inferior, etc. Año tras año el avance tecnológico facilita la incorporación de nuevo hardware y software destinado a facilitar la comunicación en la red (Bermejo, 1999).

Cabe mencionar que uno de los primeros intentos de atención médica computarizada, fue en la década de los setenta, cuando Joseph Weizenbaum, diseñó un programa basado en computadora llamado Elisa, que tenía la capacidad de comprensión del lenguaje verbal. Posteriormente Isaac Mark en el Reino Unido, comercializó un sistema telefónico activado por la voz llamado BTSTEPS, dirigido a pacientes con desordenes obsesivo-compulsivos. El programa recuerda a los pacientes las indicaciones de la terapia de exposición. Se han obtenido resultados similares al de terapias de exposición con pacientes con TOC, suponiendo una reducción de coste del 80% respecto a los programas tradicionales de exposición. Estos métodos decayeron rápidamente al ser incapaces de sustituir al terapeuta real por no poder entender el verdadero significado del lenguaje. En Londres, Judy Proudfoot, prueba un sistema para ayudar a pacientes depresivos (Risco y cols, 2000).

La literatura en el campo del área clínica, refiere que los resultados derivados de estos sistemas son prometedores en el tratamiento de estrés postraumático, ansiedad y fobias, trastornos obsesivos-compulsivos, depresión no suicida (Marks, 2001) y dejar de fumar (Schneider, Schwartz y Fast ,1995). Algunos de estos sistemas ya funciona en algunos centros de salud en el mundo y otros facilitan la vida de muchos pacientes, terapeutas e investigadores.

Schneider, et. al. (1995), ha realizado interesantes investigaciones en el área de la comunicación terapéutica a distancia. Una de ellas consistió en comparar tres distintas formas de comunicación psicoterapéutica: 1) presencial 2) sólo audio y 3) audio y video. Concluyó que cualquiera de las tres condiciones era significativamente mejor que el no tratamiento. Asimismo, no encontró diferencias significativas entre las tres formas de intervención. Los niveles de confort durante las condiciones "tecnológicas" 2 y 3, aumentaron conforme aumentaba la exposición a estas condiciones, mejorando en esos casos los resultados terapéuticos (los individuos que no se hallaron cómodos en esas condiciones mejoraron poco de sus problemas). Finalmente, ocurrieron más abandonos durante las condiciones 2 y 3 respecto de la primera.

En otra investigación Schneider et. al. Encontró a) Correlaciones entre puntuaciones en extroversión, amabilidad, y conciencia con el "consejo cara-a-cara" y b) correlaciones entre extroversión y el "consejo-por-video"; concluyendo que es probable pensar que la "psicoterapia virtual" puede ser más aceptada dependiendo del "rasgo" de personalidad de un individuo.

Un estudio realizado por Botella, García-Palacios, Hoffman, Carlinc y Furness, (2002), mostró como la terapia de exposición a través de realidad virtual es más efectiva en el tratamiento de fobia específica a las arañas. Se comparó un grupo de tratamiento control vs. un grupo experimental con el tratamiento a través del ambiente virtual; éste último estuvo integrado por 23 participantes, los cuales fueron sometidos a un promedio de 4 sesiones de exposición de 1 hora.

Los resultados muestran como el 83 % de los pacientes bajo el tratamiento de exposición virtual mejoraron significativamente en comparación con el grupo control que reportó 0% de los pacientes con mejoría.

Por su parte, Klein, Richards y Austin, (2005), realizaron un estudio con 55 personas con Trastorno de Pánico, las cuales fueron sometidas a terapia cognitivo conductual, asistida por computadora (a través de correo electrónico) y un grupo control tratado a través de terapia asistida por computadora, únicamente con biblioterapia (a través de la comunicación vía telefónica). Ambos grupos bajo tratamiento cognitivo-conductual, fueron efectivos para reducir la sintomatología del trastorno de pánico, relacionada a los pensamientos y emociones negativas, así como la reducción de ataques de pánico.

Sin embargo el tratamiento a través de Internet fue más efectivo que el tratamiento únicamente con el manual de autoayuda a través del teléfono en cuanto a lo reducción de síntomas agorafóbicos. Dichos efectos permanecieron de la misma forma para ambos grupos, demostrando la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual vía Internet, en cuanto a la reducción de la sintomatología del trastorno, incluyendo menor no. de ataques de pánico.

3.2 Modelo Cognitivo- conductual en Psicoterapia en Línea

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). Ambos tipos de intervenciones se basan 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 deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Valdivieso, 1994).

Las terapias cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones:

- a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos.
- b) El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- c) La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)
- d) Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.
- e) La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- f) Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual serían las siguientes:

- a) Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- b) Los objetos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- c) Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- d) Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- e) Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- f) La terapia es de duración breve.
- g) La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.
- h) Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.

El enfoque cognitivo conductual es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia y eficiencia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos de gran incidencia actual, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, etc. Así como sobre muchos problemas, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y otros.

Dentro de las tendencias psicoterapéuticas actuales, la intervención cognitivo-conductual es la terapia más ampliamente utilizada en la psicoterapia por Internet o ciberterapia. Esto se podría explicar por la facilidad que presenta la terapia cognitivo-conductual para medir sus resultados y porque se apega al método científico (Phares y Trull, 2000).

Otra razón importante es el empleo de un pre-test y post-test; además de que da la posibilidad de llevar un seguimiento por varias semanas, midiendo sus resultados con pruebas validadas mundialmente o en su propio país (Patoni, 2003).

La terapia conductual 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 en línea realiza estas actividades a través del correo electrónico y sesiones de "chat", dirigiendo al paciente mediante tareas estructuradas para sean realizadas en casa por el paciente. Dicha enfoque, involucra protocolos estructurados y ejercicios que ayudan a los pacientes a modificar estilos de pensamiento desadaptados; tales intervenciones pueden ser realizadas a través de terapia en línea.

Otro aspecto, es el apoyo de materiales impresos (manuales o libros de autoayuda), proporcionan retroalimentación al paciente sobre sus distorsiones cognitivas y le sugiere maneras más efectivas y realistas de pensamiento, que incluyen ejercicios y tareas diseñados para modificar conductas desadaptadas y ejercicios de reestructuración cognoscitiva. Dichas tareas pueden ser almacenadas en la computadora, lo que permite al terapeuta proporcionar al paciente segmentos de la tarea o ejercicios completos para que el paciente pueda observar su progreso en el trabajo terapéutico (Cárdenas, et. al., 2005).

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 puede ser tan benéfico, para personas sanas, como una terapia cara a cara regular” (p. 177).

3.2.1 Técnicas Cognitivo- Conductuales empleadas en Psicoterapia en Línea

3.2.1.1 Reestructuración cognitiva

Las creencias irracionales causan daños a la autoestima, porque al ser evaluaciones negativas que ponen en duda la capacidad y la valía personal, provocan que alguien no logre sus metas.

Muchas creencias son aprendidas de otras personas como los padres, los amigos u otras personas importantes en la vida del sujeto. Los pensamientos negativos o creencias irracionales, son comunes en las personas con un trastorno de ansiedad o depresión.

El objetivo de esta técnica es modificar los pensamientos negativos de una persona acerca de sí misma, en donde se le instruye para poder identificarlos y son reemplazados por pensamientos más adaptativos que fomenten una conducta más eficaz (Ruiz, 2004). Esta técnica ayuda al paciente a tener pensamientos más realistas, y estos ayudan a fortalecer la autoestima, ya que la persona se acepta y es capaz de integrar la realidad, como consecuencia puede adaptarse y modificar su entorno.

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

- a) Razonamiento emocional. Es real porque uno lo está sintiendo. p. ej. *“como siento que es verdad, entonces es verdad”*.
- b) Pensamiento absolutista dicotómico. Se visualiza una situación en dos categorías opuestas, en lugar de considerar otras posibilidades, es un pensamiento absolutista y el paciente tiende a describirse en el extremo negativo. p. ej. *“blanco o negro, bueno o malo”*.
- c) Abstracción selectiva. Se refiere a centrarse en un detalle específico comúnmente negativo, ignorando otras características más relevantes de la situación. p. ej. *“como en una parte del examen obtuve baja calificación, quiere decir que soy un mal estudiante, aunque en el resto de la prueba me fue bien”*.
- d) Inferencia arbitraria. Es el proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- e) Generalización excesiva. Es el proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas. p. ej. *“no me fue bien en el examen, eso quiere decir que soy mala estudiante”*.
- f) Magnificación/minimización. Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento. p.ej. *“no me fue bien en el examen, eso quiere decir que no llegaré a ser nada en la vida”*
- g) Personalización. Es la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión. p. ej. *“mi mamá me regañó, porque soy muy torpe”*.
- h) Recuerdo selectivo. Se refiere a un sesgo en la recuperación de la memoria cuyo resultado es un recuerdo desproporcionado de material relevante para la depresión.
- i) Adivinación. Predicción de una respuesta negativa en el futuro. p. ej. *“para que hago ejercicio, sino voy a bajar de peso”*.
- j) Descalificación de lo positivo. Se minimiza la información positiva que una persona tiene de si misma, como sus habilidades y logros. p. ej. *“me fue bien, de seguro fue un golpe de suerte”*.

k) Etiquetado incorrecto. Implica poner una etiqueta distorsionada a un acontecimiento y luego reaccionar ante la etiqueta, en vez de al acontecimiento. p. ej. “*soy un fracasado, él es un tonto*”.

3.2.1.2 Entrenamiento en Relajación

Es una técnica conductual que disminuye la ansiedad permitiendo la disminución de los niveles de estrés, manteniendo niveles más bajos de tensión muscular, mejora la respiración, incrementa la concentración, aumenta la conciencia del propio cuerpo, mayor energía y productividad, permitiendo un mejor desempeño de la persona porque sus respuestas son más efectivas lo que reduce la ansiedad y trae como consecuencia un incremento en la confianza en si misma, así como una mejora en sus funciones físicas que permite una sensación de bienestar.

La relajación complementa el trabajo realizado por otras técnicas para fortalecer la autoestima, ayuda a la persona a dejar su estado de tensión, lo que le permite afrontar los factores estresantes que minimizan la autoeficacia de la persona y le dificultan la toma de decisiones en problemas cotidianos.

3.2.1.3 Control de Emociones

Dentro del proceso terapéutico, el progreso y la recuperación, el paciente puede tener sentimientos y emociones que surjan y que sean desconocidos por él. Esto sucede particularmente cuando el sujeto vuelve a tener aquellas emociones que fueron los originarios del problema.

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

Las emociones no 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 del propio pensamiento o la autoafirmación, imaginación 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 este bajo estrés, su cuerpo se encuentra e un estado de arousal psicológico similar al que acompañan las emociones.

Es importante mencionar que las emociones dan energía. Si el paciente se encuentra en contacto consigo mismo y puede expresar las emociones, se siente con más energía; Sí al contrario, el paciente se encuentra fuera de contacto con sus emociones y no encuentra la manera adecuada de expresarlas, causa un impacto directo a su autoestima, sintiéndose letárgico, torpe, cansado o deprimido.

3.2.1.4 Entrenamiento asertivo

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 hasta donde el proceso de la relación humana lo requiera. De igual forma, es una capacidad de manifestar aspectos positivos y negativos de las situaciones y las personas, sin lastimar u ofender a otros, independiente de las creencias de otros (Kubli, 1987).

La asertividad es una manera activa de vincularse uno mismo con el mundo de forma adecuada, sin ocultar a la persona, con un respeto por si mismo y para los demás.

Conducta no-asertiva, es la forma de expresión débil de los propios sentimientos, creencias u opiniones que al no responder a la situación interpersonal que los requiere, permite que se violen los derechos de la persona.

Esta conducta trae como consecuencias: baja autoestima, frustración, sentimientos de soledad y depresión (Kubli, 1987).

Otra conducta no asertiva, es la agresividad que se manifiesta en personas que defienden en exceso los derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los derechos de los demás, y carece de habilidades para afrontar ciertas situaciones (Castanyer, 1997). Las principales causas de esta conducta son: falta de control emocional, inseguridad, irritabilidad, no reconocer los derechos propios ni los ajenos, errores en la forma de expresión de las emociones, poca tolerancia a la frustración y baja autoestima.

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 vez de ayudarlo a encontrar soluciones le acarrearán más conflictos, ya que estas conductas dañan la autoestima (Hernández, 2005), porque influyen 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 por parte del terapeuta, mientras el paciente representa a la persona con la que tiene problemas y a su vez, implica que el terapeuta represente el papel de la persona con que tiene problemas el paciente y éste practique sus propias respuestas.

3.2.1.5 Entrenamiento en Solución de problemas

Es importante tomar en cuenta que durante el proceso de tratamiento se deben considerar ciertos pasos o etapas que ayuden al buen funcionamiento de la autoestima que pueden ser modificados de acuerdo a las necesidades de cada paciente (Ruiz, 2004). La posibilidad de solucionar sus propios problemas le permite sentirse competente y exitoso, lo que favorece la autoestima.

Este tipo de entrenamiento, es utilizado principalmente para problemas sociales, que son como un individuo comprende la naturaleza de los problemas vitales y los intentos que hace para modificarlos (Caballo, 1991). La no resolución de los problemas o dificultad para resolverlos, afecta las relaciones interpersonales y la eficacia de sentirse competente ante los retos de la vida.

Según este enfoque un problema es un obstáculo existente o anticipado que requiere respuestas para el funcionamiento adaptativo. La solución es cualquier respuesta de enfrentamiento diseñada para abordar el problema.

La meta final de esta técnica es implementar soluciones efectivas, que son aquellas respuestas de enfrentamiento que no solo alcanzan la meta de la solución de problemas sino que también maximizan otras consecuencias positivas y minimizan efectos negativos.

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

3.2.1.6 Desensibilización Sistemática

Es un tratamiento efectivo disponible para los trastornos de ansiedad, específicamente para el tratamiento de fobias. La desensibilización por imágenes es con frecuencia un prerrequisito importante.

Otros términos para la desensibilización en vivo, es terapia de exposición o simplemente exposición. En muchos estudios controlados, la exposición directa a situaciones fóbicas es más efectivo que otro tratamiento no conductual como la terapia de insight, terapia cognitiva o la medicación.

La desensibilización es el tratamiento elegido para agorafobia, fobia social, fobia simple; por ejemplo: Asistir a la tienda de abarrotes, tiendas comerciales, manejar sobre puentes o en la autopista, trenes o aviones. La fobia social que responde a la exposición directa incluye miedo a hablar en público, realizar presentaciones o estar en grupos.

La terapia de exposición demanda un fuerte empeño por parte del paciente y un trabajo importante para el terapeuta, tomando en cuenta lo siguiente:

1. Tomar el riesgo de comenzar a enfrentarse a situaciones que el paciente puede evitar por muchos años.
2. Ser tolerante al desagrado inicial que el paciente enfrenta en situaciones fóbicas.
3. Ser persistente en la práctica de exposición, hasta lograr disminuir los niveles de ansiedad del paciente ante la situación u objeto fóbico.

El procedimiento básico para la desensibilización en vivo es esencialmente la desensibilización por imágenes. Se puede utilizar la jerarquía básica de las escenas fóbicas construidas para la desensibilización a través de imágenes, progresando de una situación con ansiedad baja a una ansiedad alta. Finalmente la persona puede retirarse cuando los niveles de ansiedad alcanzan el nivel 4 sobre la escala de ansiedad, o cuando alcance el punto donde sienta que pierde el control.

El terapeuta utiliza la relación terapéutica para provocar la ansiedad- inhibiendo las respuestas emocionales. La sensación del paciente de seguridad y confianza en el terapeuta actúa para inhibir la ansiedad durante las sesiones.

El trabajo del terapeuta consiste en proporcionar apoyo y aliento al paciente y ayudarlo a identificar creencias y suposiciones irracionales que mantiene sobre la situación fóbica (Caballo, 1991). Así, el terapeuta actúa como un agente contra ansiedad y como un mecanismo corrector de los pensamientos irracionales (Goldfried, 1996).

El paciente tiene que sentirse seguro y confiado sobre el control de las situaciones anteriores, con el fin de mantener la creencia de que puede lograr su objetivo final. En consecuencia, recomienda una gran práctica con cada situación. Esto permitirá al paciente sentirse relajado como sea posible y, por lo tanto, generar una experiencia contra ansiedad inducida por él mismo (Domínguez y Valderrama, 2002).

Con base en las premisas anteriormente expuestas, es evidente que se necesita que los psicólogos estén preparados para generar alternativas de solución para la alta demanda en atención de estos trastornos.

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN.

Participantes

El presente estudio se llevó a cabo con 3 pacientes, de sexo femenino, con edades que oscilan desde los 18 hasta los 28 años, quienes acudieron de forma voluntaria a solicitar apoyo al Centro de Servicios Psicológicos, de la Facultad de Psicología, UNAM. Y que a su vez, bajo los criterios de exclusión- inclusión, fueron canalizados a Psicoterapia en Línea para su atención.

Criterios de Inclusión:

1. Tener entre 18 y 45 años.
2. Pacientes con problemáticas de Ansiedad consideradas como no graves o muy graves.
3. Haber solicitado el servicio al Centro de Servicios Psicológicos, UNAM.
4. Tener conocimientos sobre el uso de computadora e Internet.

Criterios de Exclusión:

1. Menores de edad.
2. Pacientes psiquiátricos.
3. Sujetos que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados.

Escenario

El entrenamiento en psicoterapia en línea, así como la intervención psicológica vía Internet, se llevó a cabo en el laboratorio multimedia de idiomas del edificio "D" de Postgrado de la Facultad de Psicología, UNAM. Mientras que el escenario de los participantes (pacientes), ocurrió en diversos lugares en donde se encontraba una computadora con acceso a Internet, ya sea en el hogar, facultad, oficina, café Internet, etc.

Materiales y Equipo

Para la intervención psicológica vía Internet se empleó:

- Una PC con conexión a Internet,
- Bocinas y micrófono,
- Software (Microsoft Office),
- Programas de Mensajería con acceso libre: Messenger Hotmail, Yahoo, Skype, Netmeeting, ICQ.
- Software del Servicio (Plataforma para Psicoterapia en Línea).

Diseño Experimental:

El diseño de la presente investigación es de tipo experimental de un solo caso con prueba-posprueba, pues se pretende manipular las variables (v. d.= índices de ansiedad- depresión y v. i. = programa de intervención psicoterapéutica en línea), obteniendo los datos del estado inicial y final de éstas a través de la aplicación de los instrumentos.

Instrumentos de Evaluación:

Ficha de Identificación: Es un cuestionario, que incluye datos del usuario como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de origen.

Motivo de Consulta: Es una breve historia del motivo o motivos de consulta, a través de preguntas tales como: ¿Desde cuando notó por primera vez el problema?, ¿Qué estaba ocurriendo en su vida cuando se presentó? Este tipo de preguntas tratan de establecer tanto la historia clínica como los acontecimientos desencadenantes; el objetivo es determinar el curso o tendencia del problema a lo largo del tiempo. De igual forma se aborda sí ha habido tratamientos anteriores y cuáles fueron los resultados. Todo lo anterior se logra a través del método más habitual para recoger información: la entrevista, en la que el entrevistador estructura las preguntas y el orden en el que van a ser enunciadas, escucha atentamente lo que se dice y lo que no se dice, anota las reacciones del paciente, así como las reacciones que el paciente despierta en él (Botella, Baños y Perpiñá, 2003).

Historia Clínica: Cuestionario que evalúa de forma específica las conductas y sirve para la evaluación de un pre y post tratamiento, a través de Internet (Botella, et. al., 2003). Se aborda los rubros que se mencionan en el siguiente listado:

- Datos personales y demográficos del paciente (Edad, Edo. Civil, Ocupación, Nacionalidad, etc.)
- Datos demográficos sobre personas significativas (no. de hermanos, pareja, edad, sexo, etc.)
- Ambiente físico: el énfasis se hace en las características de la relación del individuo con su ambiente físico más que en la descripción del ambiente.
- Condiciones económicas
- Área afectiva (pareja actual)
- Área laboral y/o académica
- Área social
- Área de ocio (Intereses, pasatiempos, etc.)
- Historia Familiar (Hacer un recuento de los principales acontecimientos significativos de la historia de la persona: infancia, niñez, adolescencia y edad adulta)

Autoregistro Semanal: Utiliza categorías de registro y establece constatación de ocurrencias para aportar datos a la evolución conductual (Echeburúa 1995, citado en Botella, et. al., 2003). Tiene como objetivo principal que el paciente logre describir diariamente una situación que le cause malestar o tristeza, detallando el pensamiento *¿Qué es lo que estoy pensando en ese momento? ¿Qué es lo que me viene a la cabeza?*; sensación *¿Qué siento físicamente en el cuerpo?, ¿En qué parte?*; emoción *¿Cómo me siento: triste, enojado/a, nervioso/a, etc.?* Y comportamiento *¿Qué es lo que hago o dejo de hacer cuando me ocurre esto?*; además de anotar las alternativas para mejorar la situación.

Test e instrumentos estandarizados:

- IDARE, Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado: Es la versión en español del STAI (State Trait Anxiety Inventory). Son dos escalas separadas de Autoevaluación, mide dos dimensiones de la ansiedad: la ansiedad rasgo (A-Rasgo) y la ansiedad estado (A-Estado).

La escala A-rasgo consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. Ansiedad-Rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas al responder a situaciones percibidas como amenazantes.

La escala A-estado, consta de 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ansiedad-Estado, es conceptualizado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. Esta, es una prueba auto administrada, se puede aplicar de manera individual o en grupo. No tiene límite de tiempo. En promedio se aplica en 15 o 20 minutos.

Dicho instrumento fue validado en México por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Las puntuaciones acerca de la validez concurrente de la escala Ansiedad - Rasgo se realizaron con las pruebas IPAT (Cattel y Scheir, 1963), obteniéndose una correlación de 0,75 a 0,77, con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor 1953, encontrándose correlaciones entre 0,79 a 0,83, y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman 1960, con la cual se obtuvieron correlaciones desde 0,52 a 0,58 (Bobes, Paz, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002).

- Inventario de Ansiedad de Beck: Es un cuestionario específico sobre ansiedad diseñado para minimizar la presencia de aquellos síntomas relacionados con la depresión. El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por la persona en una escala de 0 a 3. La traducción, normatividad y estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español del BAI para población mexicana la llevó a cabo Robles y Páez (2000).

Los datos de validez y confiabilidad de la versión en español se caracteriza por una alta congruencia interna (alphas de .84 y .83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .75$) y una validez convergente adecuada (índices de correlación entre BAI e IDARE moderados, positivos y significativos).

Empleando una muestra de sujetos con diversos trastornos de ansiedad, se han identificado cuatro factores que reflejan aspectos: Subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y de pánico de ansiedad (Bobes, et. al., 2002).

- Inventario de Depresión de Beck: consta de 21 ítems que evalúan 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 la depresión de Beck.

Dicha prueba fue validada en México por Jurado, Villegas, Méndez, Loperena y Varela (1998). La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. El análisis factorial mostró que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores. Se evaluó la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung; la correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70$.

Procedimiento.

Etapa 1. Entrenamiento en Psicoterapia en Línea.

De acuerdo al Plan de Actividades Académico-Profesional, basado en competencias profesionales, recibí una capacitación intensiva sobre la nueva modalidad de terapia, a través de la cual, incorporé conocimientos, cómo son antecedentes, aplicaciones, tipos de comunicación y herramientas empleadas en Psicoterapia en línea; de igual forma se abordó la Estructura de la Intervención Terapéutica en Línea, Test e instrumentos estandarizados para la aplicación en línea y por último se revisó los principios y recomendaciones éticas (Cárdenas et. al., 2005).

Etapa 2. Entrenamiento en el Software del Servicio en línea.

Una vez concluyendo la primera parte del entrenamiento, se revisó a detalle el uso y manejo del software de Servicio; a través del cual se apoyó la terapia en línea, tanto en la captura de datos del personal adscrito (terapeuta), así como del paciente. La plataforma de Psicoterapia en línea consta de evaluaciones, Récord de citas, Status del paciente, Servicios Implementados, Objetivos terapéuticos, Canalización, así como agenda electrónica, entre otras funciones.

Etapa 3. Entrenamiento en Trastornos de Ansiedad.

Como último paso del entrenamiento, se continuó con el entrenamiento según el área de Intervención; en este caso, se revisaron los Trastornos de Ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de estrés postraumático; de forma particular se abordarán las características específicas de cada trastorno, síntomas psíquicos y físicos, etiología, evaluación, diagnóstico, diagnóstico diferencial.

Etapas 4. Intervención Psicológica vía Internet.

Como prestadora del Servicio Social en mi función de psicoterapeuta en línea, realicé práctica profesional a través de la intervención psicológica supervisada, donde tuve la función de ofrecer orientación y consejo por medio de la palabra escrita o hablada por conferencia, bajo una tendencia de intervención cognitiva-conductual.

La Estructura de la Intervención Terapéutica en Línea que formulada, cubrió:

- A. Desde un primer contacto (establecimiento del horario de sesión, especificando el programa o software que se empleó para la comunicación);
- B. Sesiones iniciales (rapport, explicación breve de la modalidad de psicoterapia en línea, elaboración de ficha de identificación, motivo de consulta, elaboración de la historia clínica;
- C. Sesiones de evaluación (entrevista, aplicación de cuestionarios, tests, autoinformes, autorregistros y diagnóstico), y
- D. Sesiones de tratamiento (formulación del caso, diseño del tratamiento y evaluación de los resultados).

Dichas actividades se realizaron a través del correo electrónico y sesiones de “chat”, dirigiendo al paciente mediante tareas estructuradas para que sean realizadas en casa.

A. Primer Contacto

1. El paciente ingresa al portal en donde se le explica en que consiste esta modalidad de terapia y cómo funciona.
2. Lee las políticas de acceso y acepta la terapia con las características de esta modalidad.
3. Llena el formato de registro y el formato de motivos de consulta.
4. El psicoterapeuta establece el primer contacto vía e-mail acordando un día y hora para la primera sesión, la cual será de forma presencial.

5. El número de sesiones en línea recomendado es de 9 a 22 dependiendo del trastorno y de cada caso particular.
6. Las sesiones terapéuticas sincrónicas (vía chat) son una vez a la semana con una duración aproximada de 60 a 90 min.

B. Sesión Presencial Inicial

1. El terapeuta se presentó. Dio su nombre, institución de procedencia, etc.
2. Estableció el rapport
3. Explicó brevemente la modalidad de psicoterapia en línea y contestó dudas respecto a esta.
4. Se comenzó a abordar el motivo de Consulta.
5. El terapeuta entregó la forma de consentimiento para que el paciente la llene, la firme, y la devuelva al terapeuta.
6. Se Acordó el día y hora de la sesión terapéutica.
7. El paciente realiza el pago correspondiente por el servicio psicológico.

C. Sesiones de Evaluación

Se emplearon de 1 y hasta 3 sesiones sincrónicas para hacer la evaluación, a través de varios medios por los que se logró obtener información, a continuación se explican los que son aplicables a esta modalidad de terapia, y cómo se emplearon:

a) Entrevista.

- Se realizó en línea, de manera sincrónica a través de Messenger, Yahoo, Skype, Netmeeting, ICQ, conforme a lo acordado con el paciente.
- Se escribió la pregunta y se esperó la respuesta del paciente, y así sucesivamente hasta concluir la entrevista; si la respuesta del paciente era muy escasa, se exploró un poco más en el tema hasta obtener la información deseada.
- Al concluir la entrevista, se guardaron los datos en el sistema para su posterior consulta.

1. Se elaboró la ficha de identificación, ingresando los datos del paciente en el sistema.
2. Se abordó el motivo de consulta, en dónde se describió la forma más concreta posible la queja o quejas del paciente.
3. Se elaboró la historia clínica y se ingresó los datos en el sistema.

b) Cuestionarios, Autoinformes, Autorregistros y Tests. Los Instrumentos se aplicaron de manera sincrónica (chat) o asincrónica (e-mail).

En la modalidad sincrónica, se envió la pregunta al paciente y se registró su respuesta en la base de datos del sistema.

En la modalidad asincrónica, se envió el cuestionario como archivo adjunto vía e-mail, el paciente, para que lo contestara, guardara los cambios y lo reenviara al terapeuta.

Diagnóstico

El diagnóstico se concretó con base en la información obtenida en la entrevista inicial, los autoregistros semanales, autoinformes, cuestionarios e inventarios o tests estandarizados. Con lo que se obtuvo información necesario de la problemática del paciente y con forme a los criterios diagnósticos del DSM-IVR establecidos para cada trastorno.

D. Sesiones de Tratamiento

Formulación de Tratamiento

Partiendo del diagnóstico y con base en la información obtenida, se siguió el presente formato para formulación de caso clínico basado en el modelo de solución de problemas de Nezu et al. (2003).

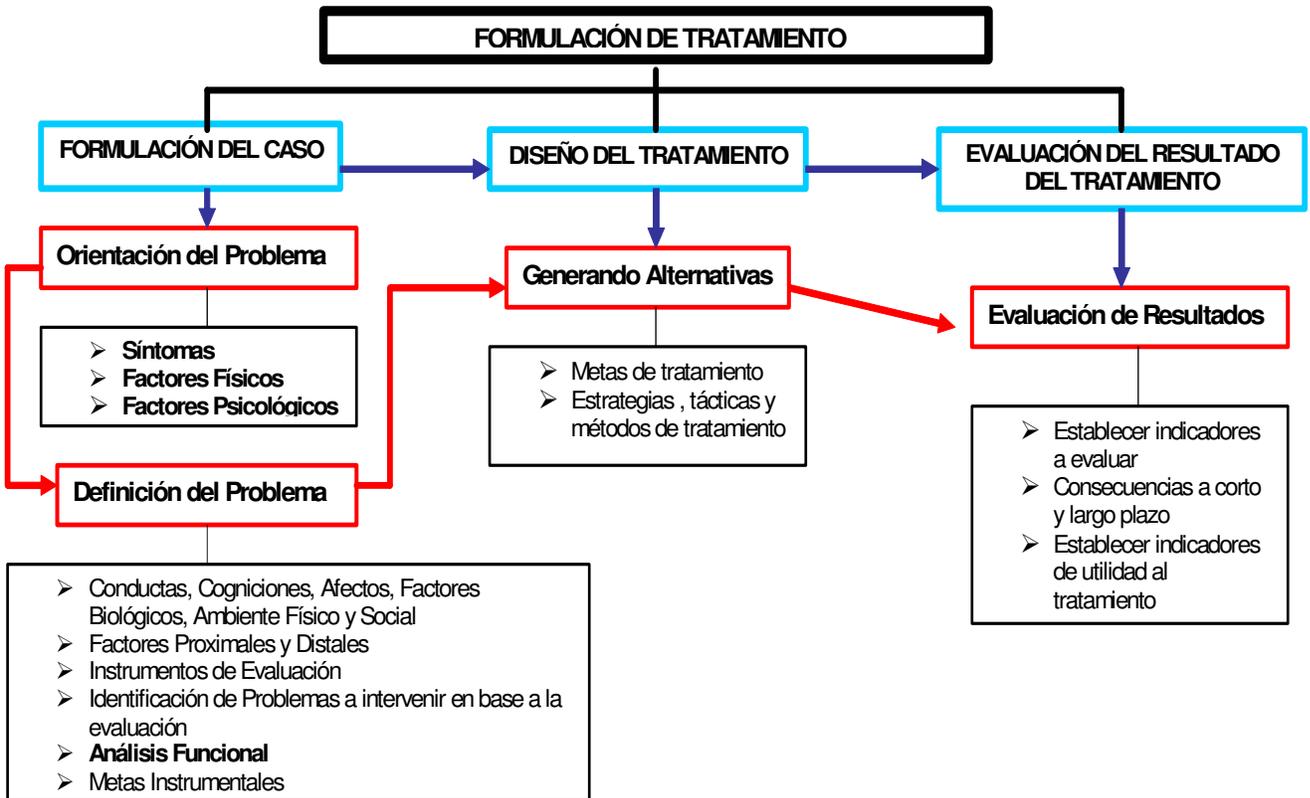


Fig 1. Modelo de resolución de caso clínico, de acuerdo al modelo de los Drs. Nezu et. al. (2003).

Es importante señalar que de acuerdo con el análisis funcional de la problemática particular de cada paciente, a través del modelo de resolución de caso clínico, se logró formular las estrategias y metas de tratamiento específicas del caso; tomando en cuenta los síntomas, conductas, cogniciones, afectos, etc. e instrumentos de evaluación. Con base en ello se establecieron los indicadores a evaluar, el no. de sesiones dispuestas para el tratamiento, así como el empleo de técnicas cognitivo-conductuales, entre las que destacan:

- Entrenamiento en Relajación
- Reestructuración Cognitiva
- Entrenamiento Asertivo
- Control de Emociones
- Entrenamiento en resolución de problemas
- Desensibilización sistemática
- Ensayo Conductual
- Psicoeducación

RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados se describen en dos secciones: en la primera, se describe los resultados obtenidos con respecto a los 3 casos de intervención psicoterapéutica vía Internet, en donde se muestra el diagnóstico y el tratamiento formulado; además se muestra el nivel de satisfacción del usuario acerca de la modalidad (psicoterapia en línea) y del tratamiento de intervención. En la segunda sección se presentan los beneficios obtenidos tanto en mi formación profesional, como a la Facultad de Psicología, UNAM a través de la realización del Servicio Social.

I. Resultados de Intervención.

Sujeto no. 1

La paciente ingresa a Psicoterapia online y refiere: “Soy muy insegura y creo que es porque no tengo una buena relación con mis padres, ya que ellos tienen una relación muy rara y a veces no entiendo porque siguen juntos.” La paciente fue diagnosticada con índices mínimos de Ansiedad y Depresión, causado por dificultades para desenvolverse socialmente frente a un grupo de personas, déficit en habilidades de afrontamiento y por ende evitación de lugares (aislamiento social); restricción afectiva (desconfianza en los demás), baja autoestima.

Tratamiento:

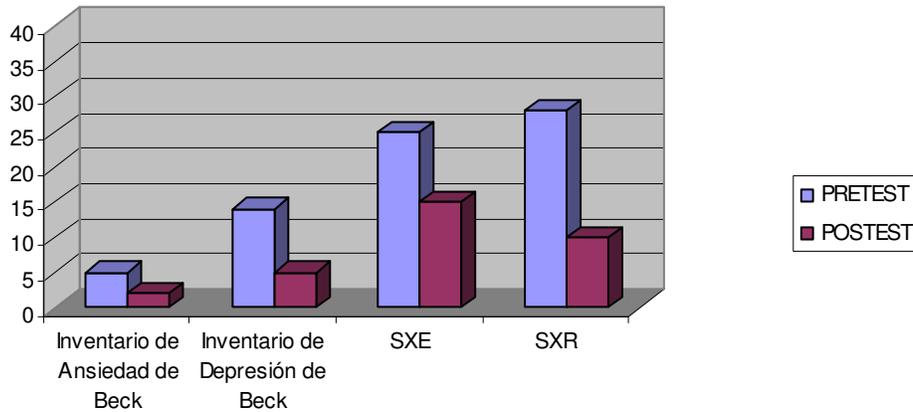
Técnica	Total de no. Sesiones (15 sesiones)	Objetivo
Relajación	4 Sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ● Disminuir los niveles de ansiedad y estrés. ● Incrementará la concentración ● Aumentar la conciencia del propio cuerpo, mayor energía y productividad.
Creencias Irracionales	4 Sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificación de las creencias irracionales más importantes relacionadas con la queja psicológica. ● Mostrar al paciente como confrontar esas creencias y argumentarlas positivamente. ● Generalizar esa habilidad hasta que le paciente domine la técnica y pueda confrontar nuevas creencias irracionales
Control de Emociones y Asertividad	7 Sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente incrementará su autoconocimiento emocional. ● Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar sus emociones más funcionalmente. <p>La paciente Aprenderá a ser asertiva :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se habilitará al paciente a expresar sus emociones y sentimientos. ● Decir no cuando hay algo que no gusta o no se desea ● Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercanas con sus padres, familia y amigos.

Tabla 1. Formulación de Tratamiento para el sujeto no. 1

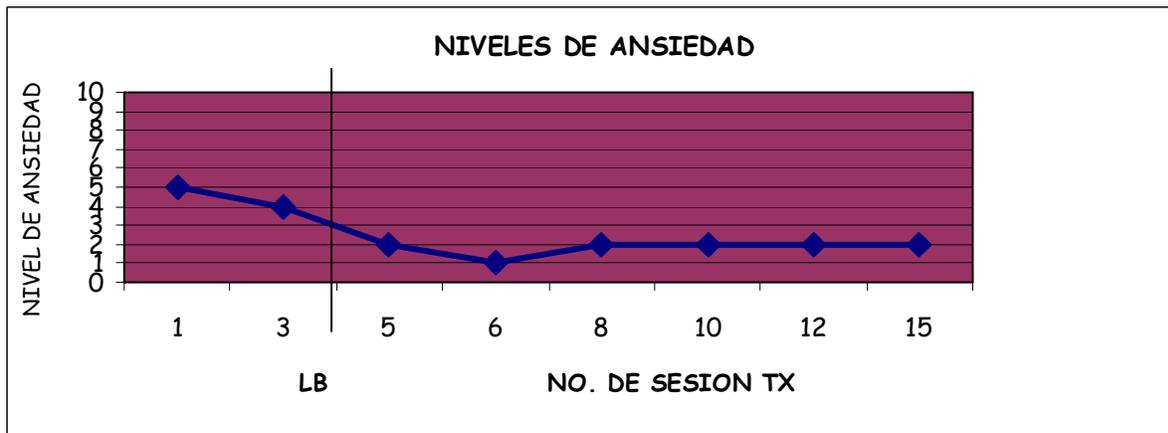
EVALUACIONES		
INSTRUMENTO	PRETEST	POSTEST
○ Inventario de Ansiedad de Beck	5 Ansiedad Mínima	2 Ansiedad Mínima
○ Inventario de Depresión de Beck	14 Depresión Leve	5 Depresión Mínima
○ IDARE	SXE 25 Ansiedad Baja	SXE 15 Ansiedad Baja
	SXR 28 Ansiedad Baja	SXR 10 Ansiedad Baja

Tabla 2. Puntuación obtenida por el sujeto no. 1 en el pretest y postest

Se puede observar que existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas antes de la intervención psicoterapéutica en línea y las obtenidas al concluir la misma. Se muestra en la gráfica 1. La disminución en los niveles de ansiedad y depresión.



Gráfica 1. Resultados del tratamiento en línea del sujeto no. 1 antes y después de la intervención.



Gráfica 2. Niveles de Ansiedad registrados durante el proceso terapéutico del sujeto no. 1 por sesión registrada.

En la gráfica 2 se muestra el nivel de Ansiedad experimentado por la paciente a lo largo de la terapia en línea. El nivel de ansiedad fue reportado y registrado en cada sesión cada vez que la paciente se enfrentaba a una situación generadora de ansiedad, ya sea al responder algún inventario, cuestionario, al realizar autoregistros, al llevar a cabo tareas de alguna técnica específica, etc. Se puede observar que de la sesión del 16/02/06 a la del 07/04/06, hay un ascenso en el nivel de ansiedad (de 1 a 2), debido a que en esta etapa hubo un descontrol por parte de la paciente en cuanto a sus horarios, existiendo varias inasistencias e irregularidades en las sesiones terapéuticas.

Sujeto no. 2

La paciente ingresa a Psicoterapia online y refiere: “*Siento que si salgo con alguien o me enfrento a una situación nueva me van a dar nauseas, voy a vomitar y no se que voy a hacer*”. De acuerdo a las evaluaciones realizadas, la paciente fue diagnosticada con fobia social con trastorno de pánico.

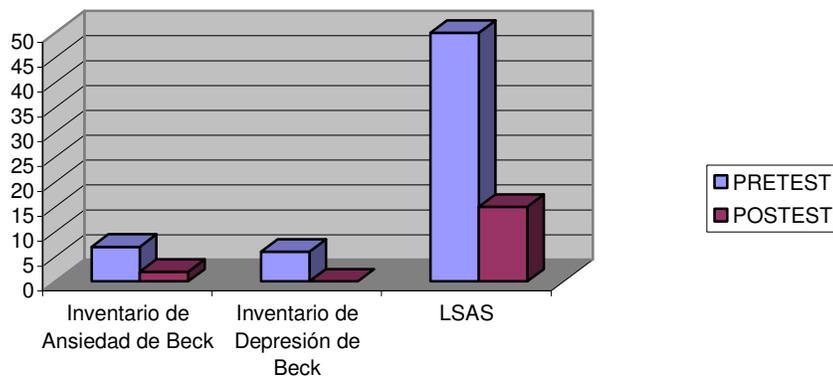
Tratamiento:

Técnica	No. Sesiones Totales (18 sesiones)	Objetivo
Relajación y Control de Emociones	4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> El paciente incrementará su autoconocimiento emocional. Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar sus emociones más funcionalmente.
Creencias Irracionales	4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de las creencias irracionales más importantes relacionadas con la queja psicológica. Mostrar al paciente como confrontar esas creencias y argumentarlas positivamente. Generalizar esa habilidad hasta que le paciente domine la técnica y pueda confrontar nuevas creencias irracionales
Asertividad	4 sesiones	<p>Aprender a ser asertiva :</p> <ul style="list-style-type: none"> Habilitar al paciente a expresar sus emociones y sentimientos. Preguntar a alguna persona algo en particular Decir no cuando hay algo que no gusta o no se desea Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercanas con sus padres, familia y amigos.
Desensibilización progresiva	6 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> El paciente logrará a través de sucesivas aproximaciones, una desensibilización hacia su situación u objeto fóbico. Lograr reducir sus niveles de ansiedad a cero al enfrentarse con su situación u objeto fóbico.

Tabla 3. Formulación de tratamiento para sujeto no. 2

EVALUACIONES		
INSTRUMENTO	PRE- TEST	POST-TEST
○ Inventario de Ansiedad de Beck	7 Ansiedad Leve	2 Ansiedad Mínima
○ Inventario de Depresión de Beck	6 Depresión Leve	0 Depresión Mínima
○ LSAS	50 Ansiedad Social Leve	15 Ansiedad Social Mínima
○ SISST	21 resp. pos. 9 resp. neg.	27 resp. pos. 3 resp. neg.

Tabla 4. Puntuación obtenida por el sujeto no. 2 en el pretest y postest



Gráfica 3. Resultados del tratamiento en línea del sujeto no. 2 antes y después de la intervención.

En el gráfico 3 se muestra las diferencias entre la evaluación inicial (pretest) con respecto a la evaluación final (postest), la cual muestra el decremento evidente en relación a los índices de ansiedad (BAI) , depresión (BDI) y fobia social (LSAS) respectivamente.

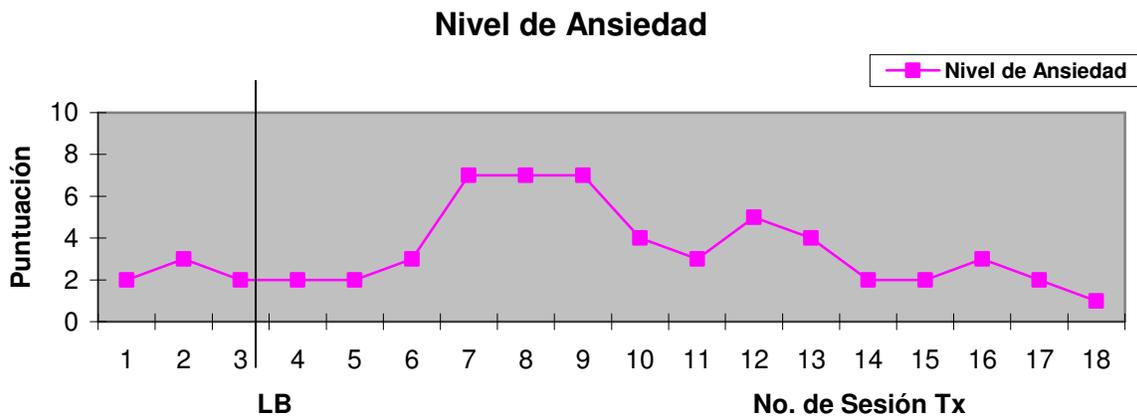


Gráfico 4. Niveles de Ansiedad registrados durante el proceso terapéutico del sujeto no. 2 por sesión.

En la gráfica 4 se aprecia nivel de Ansiedad experimentado por la paciente a lo largo de la terapia en línea. El nivel de ansiedad fue reportado semanalmente durante la sesión sincrónica. Se puede observar que la paciente inició con niveles bajos de ansiedad, sin embargo se elevaron significativamente a partir de la 7ª a la 9ª sesión, debido a que durante este periodo se abordó la reestructuración cognitiva, a partir de las creencias irracionales, un técnica particularmente importante en el trabajo terapéutico con la paciente, se determinó profundizar en dicha técnica como eje del tratamiento ya que las creencias o pensamientos irracionales son en muchas ocasiones el origen de muchas experiencias de ansiedad y también con el objetivo de apoyar al paciente a entender sus patrones ilógicos y estructuras de pensamiento irracionales colaborando y auxiliando con la modificación de los mismos para un bienestar en todos los aspectos de la vida: social, familiar, académico y sentimental. Posteriormente se muestra en la gráfica un decremento en el índice de ansiedad reportado por el paciente durante las últimas sesiones terapéuticas hasta llegar a nivel 1 de ansiedad.

Sujeto no. 3

La paciente ingresa a Psicoterapia online y refiere: *“Necesito trabajar con mi intolerancia, mi desesperación, perfeccionismo, ya que quiero que siempre salga todo bien y como yo lo había previsto”*. De acuerdo a las evaluaciones, se diagnosticó Déficit en Control de Emociones de forma asertiva, baja tolerancia a la frustración y déficit en habilidades de afrontamiento.

Tratamiento:

Técnica	No. Sesiones Totales (15 sesiones)	Objetivo
Control de Emociones Y Relajación	4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente logrará incrementar su autoconocimiento emocional. ● Brindar al paciente herramientas y estrategias para identificar, expresar y comunicar sus emociones más funcionalmente.

Asertividad	4 sesiones	<p>La paciente Aprenderá a ser asertivo :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habilitar al paciente a expresar sus emociones y sentimientos. ● Decir no cuando hay algo que no gusta o no se desea ● Minimizar la frustración y tener relaciones sociales y afectivas más cercanas con sus padres, familia y amigos.
Creencias Irracionales	4 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificación de las creencias irracionales más importantes relacionadas con la queja psicológica. ● Mostrar al paciente como confrontar esas creencias y argumentarlas positivamente. ● Generalizar esa habilidad hasta que le paciente domine la técnica y pueda confrontar nuevas creencias irracionales
Solución de Problemas	2 sesiones	<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 extrapolarlas a problemas concretos y propios de cada individuo, logrando reducir el malestar psicológico. ● Desarrollar el sentido de control y autoeficacia

Tabla 5. Formulación de tratamiento para sujeto no. 3

EVALUACIONES		
INSTRUMENTO	PRE- TEST	POST-TEST
○ Inventario de Ansiedad de Beck	3 ANSIEDAD MÍNIMA	1 ANSIEDAD MÍNIMA
○ Inventario de Depresión de Beck	6 DEPRESIÓN LEVE	0 DEPRESIÓN MÍNIMA

Tabla 6. Puntuación obtenida por el sujeto no. 3 en el pretest y posttest

La presente tabla presenta los resultados obtenidos al inicio y al final de la intervención psicoterapéutica en línea, mostrando las diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión.

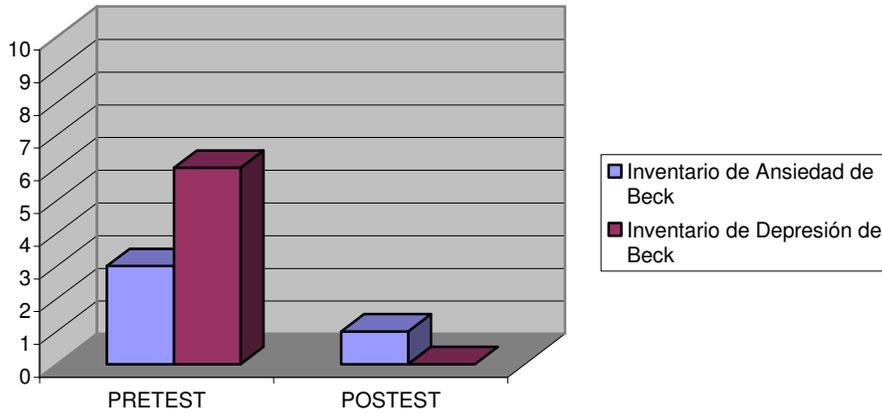


Gráfico 5. Resultados del tratamiento en línea del sujeto no. 3 antes y después del tratamiento.

Los niveles de ansiedad y de enojo que presentó el sujeto no. 3, se reportan en el gráfico 6; el cual muestra el decremento de éstos a lo largo del proceso terapéutico en línea.

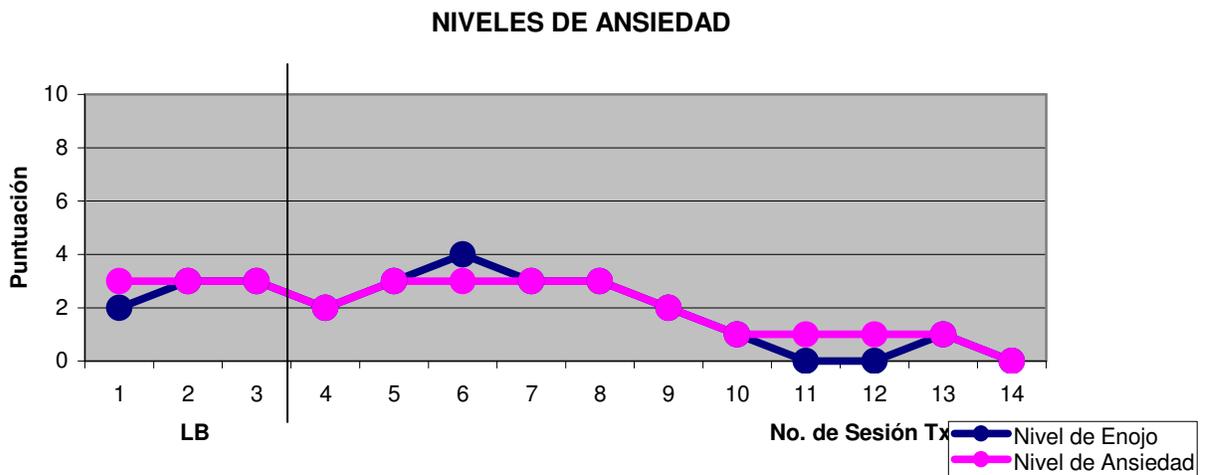


Gráfico 6. Niveles de Ansiedad y de enojo registrados durante el proceso terapéutico del sujeto no. 3

Nivel de satisfacción del usuario

Los resultados de la evaluación de la modalidad de tratamiento a través de Internet, se presenta en la tabla 7 basada en la retroalimentación que dieron los 3 participantes al programa de intervención psicoterapéutica.

DESCRIPTORES		
Requerimientos	Si	No
Le fueron dadas las instrucciones claramente sobre la forma de atención psicológica por internet	3	
Le fueron proporcionados los datos de la Institución	3	
Le fueron dados los datos de su terapeuta	3	
Le fueron proporcionados los requerimientos de hardware y software	3	
Le fueron proporcionados los requerimientos en el uso de computadoras e internet necesarios	3	

Programa de psicoterapia en línea	Si	No
Le fueron proporcionados los datos del programa de Psicoterapia en línea	3	
Le fueron clarificados los objetivos de la Psicoterapia por internet	3	
Se explicitaron las condiciones de trabajo terapéutico	3	
Le fueron proporcionados instrumentos de evaluación clínica	3	
El programa de psicoterapia en línea se adecuó a mis necesidades de atención psicológica	3	
El tiempo dedicado al tratamiento fue suficiente	3	

El medio virtual en la intervención psicológica	Si	No
El medio es fácil de utilizar	3	
El medio le generó interés en su tratamiento	3	
El medio favoreció su tratamiento	3	
El medio tuvo un efecto motivador en su tratamiento	3	
El correo y el messenger facilitaron la comunicación personal con mi terapeuta	3	
El medio facilitó la colaboración (trabajo en equipo) con mi terapeuta	3	
El medio permitió adaptar el programa de terapia a mis necesidades de tiempo y distancia física	3	
Pude externar mis sentimientos y necesidades fácilmente en el medio virtual	3	
Pude hablar con soltura y sin inhibiciones por medio del messenger y el correo	3	

Comunicación con el terapeuta	Si	No
Es fácil ponerse en contacto con el terapeuta	3	
La comunicación con mi terapeuta fue clara	3	
Sentí apoyo por parte de mi terapeuta	3	
La frecuencia de contacto con mi terapeuta fue suficiente	3	

Recomendaría esta modalidad de servicio psicológico vía internet?	3	
Total	87	
Porcentaje	100%	

Tabla 7. Frecuencia y porcentajes por opción de respuesta

Algunos participantes además brindaron una retroalimentación abierta:

- *“Es una manera sencilla de terapia, donde puedes realizar el contacto desde cualquier lugar como tu casa sin la necesidad de transportarte, o problemas con el tráfico”.*
- *“La computadora es una herramienta que todos podemos tener y cualquiera puede usarla”.*
- *“Puedo platicar cosas que tal vez en persona no me atrevería”.*
- *“Algo que veo de desventaja es que a veces es importante las reacciones que tenemos las personas ante algunas situaciones y pues a través de Internet no se pueden observar y retroalimentar”.*
- *“Pues otra ventaja, es que el trabajo terapéutico no solo es durante la sesión, sino que también puedes ocupar otro día para hacer tus tareas y de igual manera es más fácil poder coordinar los horarios con el psicoterapeuta”.*
- *“Me sentí libre de expresar lo que siento, pienso que esta modalidad "en línea" es una buena opción para quienes así queremos recibir ayuda y trabajar por nuestra parte. El escribir un correo de "desesperación" me ayudó en ocasiones a aclararme lo que me estaba sucediendo, tal vez no de fondo pero si en esencia, ya que con la ayuda de la terapeuta y en un trabajo de reflexión y cuestionamiento tomaba la mejor decisión o llegaba a la conclusión que me pareciera mejor”.*
- *“Siendo esta la primera vez que tomo ayuda terapéutica, los resultados me han dejado satisfecha”.*

Obtenido el porcentaje total de las respuestas, se encontró que el 100% de las respuestas fueron favorables para las afirmaciones presentadas a los participantes y por lo tanto recomendarían el servicio psicológico en línea.

Con base en lo anteriormente expuesto, se puede mencionar que el presente estudio contribuye al programa de psicoterapia en Línea, ya que muestra los primeros resultados obtenidos durante la intervención psicológica a población mexicana, brindando valiosos aspectos susceptibles a modificar y tomar en cuenta para mejora del servicio ofrecido, no perdiendo de vista que el programa se encuentra en fase experimental (piloteo). Así mismo le brinda la oportunidad de retroalimentarse y contemplar las áreas de oportunidad con relación al entrenamiento profesional ofrecido para la formación de psicoterapeutas en línea.

Otro aporte importante al programa, es acerca de la detección de necesidades con respecto al desarrollo de protocolos de evaluación, principalmente en el desarrollo de instrumentos: test, inventarios, cuestionarios, etc. adaptados a la modalidad de psicoterapia en línea y a población mexicana. Así como ajustes y adaptaciones en el uso del software empleado para el apoyo del servicio en línea.

II. Resultados obtenidos a través de la prestación del Servicio Social.

A través de mi Servicio Social en el programa de psicoterapia en línea-Una alternativa para la formación profesional en Psicología clínica-, logré vincular la preparación teórica con la práctica profesional en un ambiente real de intervención, como terapeuta responsable bajo supervisión.

Con respecto a mi intervención en el programa de psicoterapia en línea, tuve que capacitarme en diversas áreas, tanto en mi disciplina como en otros aspectos complementarios a ella. Adquirí y desarrollé competencias profesionales tales como habilidad en entrevista, administración de baterías psicométrías, elaboración de diagnóstico, formulación del tratamiento bajo el modelo cognitivo-conductual, todo ello adaptado a la aplicabilidad en línea, para lo cual requerí ampliar y perfeccionar el manejo de la PC, manejo de la plataforma creada específicamente para el apoyo del servicio en línea; lo que resultó en aprendizaje muy enriquecedor y multidisciplinario.

Logré involucrarme en una experiencia que me acercó de una forma más real y directa a problemas sociales de México y con él, me brindó la posibilidad de desarrollar valores, habilidades, virtudes y actitudes que me motivaron a convertirme en agente de cambio y a tener un crecimiento como ser humano íntegro.

De manera más explícita menciono que dentro de las competencias técnicas y básicas del psicólogo clínico pude perfeccionar, la comunicación oral y escrita, mejorando mi ortografía y redacción, herramienta muy importante al momento de intercambiar mensajes escritos con los pacientes, así como en la elaboración de reportes clínicos; de igual forma desarrollé un poco más la observación, escucha, análisis y detección de registros comportamentales a través de la primera sesión presencial con el paciente.

En el área humana, personal y social, desarrollé y amplíé competencias valiosas como fueron el trabajo en equipos interdisciplinarios y con ello, el respeto a las diferencias o tolerancia a la frustración y sobre todo logré sentir y vivir la responsabilidad y la conciencia ética que conlleva el trabajo psicológico con el ser humano.

Dentro de las competencias intelectuales o de adquisición y desarrollo de conocimientos, considero que fue ascendente y visiblemente significativo, obteniendo con ello una mayor concientización de mi profesión. Durante la realización de materiales de apoyo al programa de Psicoterapia, obtuve mayores conocimientos y fundamentos teóricos sobre modelos y técnicas de intervención tanto en trastornos de ansiedad como en depresión; administré pruebas, tests e inventarios según las necesidades institucionales de forma profesional y ética, realicé entrevistas iniciales; evalué y formulé tratamientos de intervención psicológica para brindar orientación, consejería o propiamente psicoterapia vía Internet.

De acuerdo a la adaptación del modelo de competencias profesionales para la enseñanza universitaria de Hernández-Guzmán, en cuatro niveles de competencia para el entrenamiento del psicólogo en el diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (Cárdenas, Serrano y Richards, 2004). Adquirí las siguientes competencias profesionales:

Nivel principiante: a través del cual obtuve el conocimiento básico de los trastornos de ansiedad como conceptos, etiología, detección de síntomas y sus causas.

Nivel avanzado: adquirí el conocimiento específico directamente asociado con cada trastorno de ansiedad, como son los criterios de diagnóstico y los instrumentos utilizados para la evaluación del mismo.

Nivel competente: además de las competencias anteriores y de seguir su perfeccionamiento, incorporé la ejecución de los principios básicos adquiridos para llevar a cabo la formulación del tratamiento cognitivo-conductual.

Nivel de dominio con práctica simulada: integré las competencias compuestas por los conocimientos, habilidades, actitudes y valores adquiridos, para aplicar el tratamiento formulado, dar un seguimiento al paciente y valorar la efectividad del tratamiento con base a los resultados obtenidos. Dicho nivel de total ejecución a través de la toma de decisiones se caracterizó por mi razonamiento clínico como terapeuta.

Es así, que el presente estudio contribuye a la Facultad de Psicología, UNAM, abordando los conocimientos científicos en Salud Mental y Psicoterapia en línea, tomando en cuenta las realidades culturales, económicas y sociales de los participantes universitarios.

De igual manera, brinda la oportunidad de innovar sobre líneas de investigación de gran realce a nivel nacional y mundial formando psicólogos profesionales que puedan satisfacer las necesidades de intervención clínica en el área de la Salud Mental y la Psicoterapia.

En suma, brinda información valiosa para próximas investigaciones y evaluaciones sobre el uso de herramientas tecnológicas como la computadora y el Internet para la práctica clínica, disminuyendo la brecha entre la psicología clínica y el uso de las nuevas tecnologías, a través de la formación de conocimiento científico referido a la modalidad psicoterapéutica en línea. De igual, a través de mi participación como terapeuta, me ofreció la oportunidad de retribuir a mi casa de estudios, UNAM, y a su comunidad universitaria lo que han aportado y brindado para mi desarrollo académico-profesional y personal.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio ofrece el resultado de la intervención psicoterapéutica vía Internet con 3 pacientes con problemáticas de ansiedad, enfatizando en el apoyo al área de psicología clínica y al mismo tiempo en la formación académica para la adquisición de competencias profesionales del psicólogo. El estudio permitió integrar por un lado las nuevas tecnologías y por el otro satisfacer una necesidad clínica, dando como resultado el programa de psicoterapia en línea.

La sociedad urbana actual está muy familiarizada con la Internet, muchas casas, empresas y escuelas están accediendo a computadoras conectadas a la red debido al acelerado crecimiento de la tecnología y a la gran demanda que hay de ésta. Además las nuevas generaciones están creciendo junto a las computadoras y videojuegos, dando lugar a la nueva generación de cibernautas que encontrarán muchos servicios por Internet, incluyendo los servicios de salud, por lo que debemos estar preparados para los siguientes años. También debemos considerar que la Internet está ocupando un lugar importante en la sociedad, por lo que debemos considerar que va a ser una herramienta de primera necesidad (Patoni, 2003).

La psicología clínica no debe ser ajena a los continuos avances que se están produciendo en el ámbito de la comunicación y las nuevas tecnologías. Es por ello, que se espera que la terapia psicológica por Internet experimente en nuestro país un notable desarrollo. Una muestra de ello son las publicaciones, foros y páginas Web que existen sobre el tema, con información sobre cómo llevarla a cabo, su potencialidad, sus ventajas y desventajas, los problemas éticos y legales, sus límites o la manera de combinar esta nueva modalidad de psicoterapia con la clínica clásica.

Como mencionó Sharpe (2003), la psicología es una de las disciplinas más usadas dentro de la Internet, y en especial la psicoterapia cognitivo-conductual, esto debido a la “facilidad” con la que puede medir y controlar sus resultados; señalando que uno de los principales objetivos de la psicoterapia vía Internet es llegar a las zonas marginadas y sin muchos recursos.

Como mencionó Bermejo (1999), la relevancia observada que en este tipo de comunicación terapéutica tiene el papel del lenguaje en los intercambios de mensajes escritos. Las nuevas orientaciones cognitivas narrativo-constructivistas hacen un especial énfasis en las construcciones y las historias que relata el paciente, siendo el lenguaje y su construcción elemento de diagnóstico y cambio terapéutico.

Con respecto al tiempo de terapia, se observó que si no se emplea audio durante una comunicación terapéutica por Internet, el tratamiento psicológico puede extenderse en el tiempo excesivamente, ya que el volumen de información que puede ser intercambiado por escrito siempre es inferior y más lento en su transmisión que utilizando un sistema de audio.

Las consultas sencillas, aclaraciones, asesoramiento y consejo psicológico pueden llevarse a cabo con toda efectividad mediante correo electrónico. Con frecuencia a los pacientes les resultaba efectivo enviar un correo electrónico al terapeuta, comentándole su malestar o conflicto justo en el momento en que lo estaba experimentando; y a su vez el terapeuta le hace llegar una respuesta o comentario apropiado, acompañado de tareas, ejercicios o sugiriendo biblioterapia sobre su problema, como señala Patoni (2003).

A los pacientes que tengan mayor implicación o conocimiento sobre el manejo de la computadora y del uso de Internet con los cambios que el desarrollo de las nuevas tecnologías llevan consigo, se observó que se adaptaban más fácilmente a la modalidad terapéutica, lo que incrementaba su motivación al cambio y su adherencia terapéutica y su percepción de autoeficacia al tratamiento; por lo contrario, los pacientes que carecían de habilidades con respecto al uso de la computadora e internet, mostraban una desventaja de adaptación a la modalidad y por lo tanto al tratamiento.

A diferencia de lo mencionado por Bermejo (1999), se apreció que la “visibilidad del terapeuta” en una primera sesión presencial con el paciente, contribuye favorablemente a reducir los niveles de ansiedad del paciente con respecto a la identidad del terapeuta asignado y apoyó el desarrollo de la alianza terapéutica.

Siendo esta actividad relativamente joven es preciso que se incrementen los estudios e investigaciones para abordar los nuevos problemas que pueden generarse en esta área y valorar su impacto, utilidad, importancia, sus consecuencias, los costes, la aplicabilidad, su efectividad, los límites de la intervención a distancia, las consideraciones éticas y legales, etc.

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

Limitaciones:

Durante el desarrollo de mi Servicio Social como forma de titulación, se presentaron los siguientes aspectos a considerar:

- La validez de este nuevo tipo de terapia está en discusión y sólo los resultados obtenidos se podrá determinar su eficacia.
- El desarrollo y validación de instrumentos de evaluación para la aplicación vía Internet, para población mexicana.
- La mayoría de la información existente sobre los estudios realizados sobre psicoterapia en línea son restringidos y requieren del pago de suscripción a revistas electrónicas internacionales.

- Un punto importante a señalar, que limita el acceso a la modalidad de psicoterapia en línea es la infraestructura tecnológica del país, careciendo hoy en día de buenas conexiones vía audio y videoconferencia; esperando que en pocos años haya un avance y mayor desarrollo en esta área.
- Un aspecto relevante es la resistencia al cambio propia de todo ser humano a modificar una estrategia de actuación que cree que funciona, particularmente visible en los profesionales del área.

Propuestas:

- Es importante señalar que dentro de los planes de estudio de las principales universidades del país, en la mayoría no están integrando el tratamiento a los trastornos de ansiedad como materia de “prioridad”, sino como cursos extracurriculares a la carrera de Psicología. De acuerdo a lo revisado en el presente estudio, los trastornos de Ansiedad han presentado un aumento en su incidencia a nivel mundial y las estimaciones de que esta tasa siga en aumento en los próximos años es altamente probable; por lo que es necesario que se contemple de forma prioritaria en el plan de estudios de la carrera de Psicología el estudio de los trastornos de ansiedad, para que el psicólogo esté preparado para dar la atención apropiada a la problemática.

- Otro aspecto, que se sugiere debe ser visto, es el establecer mayor relevancia a la práctica académica-profesional, en donde realmente el estudiante de la carrera de psicología emplee y utilice todo lo aprendido teóricamente en las aulas; y con ello logre un desarrollo integral de las competencias profesionales del psicólogo.

- Es conveniente señalar, que en el plan de estudios de la carrera de Psicología, no se da una formación como psicoterapeuta, se da una formación fragmentada y mayoritariamente teórica.

- Y por último considero que es importante fomentar el uso de herramientas tecnológicas como la computadora, el uso de Internet para la búsqueda de base de datos, para emplearlos y adaptarlos a las necesidades del psicólogo, puesto que en esta era de la información es indispensable estar al día y con ello, nos convirtamos en emisores de la información.

REFERENCIAS

- Arellano, R. R. (2000). *Niveles de ansiedad y depresión como predictores de larga estancia hospitalaria en pacientes leucémicos*. Tesis de especialización en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (1995). *Agorafobia* Tomo 1, Barcelona: Paidós.
- Bermejo, M. (1999). *Eficacia y Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual Vía Internet*. Valencia: IV Congreso Internacional de Psicología Cognitiva/Conductual. Recuperado el 22 de Mayo de 2006, de <http://www.cop.es/colegiados/pv04735>.
- Bobes, J. (2001). *Trastornos de ansiedad y Trastornos depresivos en Atención Primaria*. Editorial Masson.
- Bobes, J., Paz M., Bascarán M., Sáiz P. y Bousoño M. (2002). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría*. España: Ars Medica.
- Botella, C., García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlini, A. y Furness, T. A. (2002). *Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study*. Departamento Psicología Basica Clinica y Psicobiología, Universidad Jaume I, Campus Borriol, Ctra Borriol. Castellón, España.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiñá C. (2003). *Fobia Social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. (1991). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Ed. Siglo XXI.
- Caballo, V. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Ed. Siglo XXI.
- Caraveo, A. J. y Colemanres, B. E. (1999). *Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida*. *Salud Mental*, 22 (No. especial, Dic): pp. 62-67.

- Cárdenas, G., Serrano, B. y Richards C. (2004). La formulación de competencias profesionales para el diagnóstico y tratamiento de fobias en ambientes virtuales. En Memorias del XX Simposio Internacional de Computación para la Educación. Puebla, México.
- 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.
- Castanyer, O. (1997). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Cutter, F. (1996). *Virtual psychotherapy? Psynews International*, 1 (3). Recuperado el 20 de Agosto de 2006, de <http://netpsych.com/virtual.htm>.
- Domínguez, T. y Valderrama I., (2002). *Manual para el taller teórico- práctico de manejo del estrés*. México: Ed. Plaza y Valdés.
- Gándara, J. (1999). *Angustia y Ansiedad: Causas, Síntomas y Tratamiento*. (pp. 11-28). Madrid, España: Pirámide.
- Goldfried, R. (1996). *De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración*. España: Ed. Desclee de Brouwer.
- Gómez, A. y Martínez, C., (2001). *Programa Nacional de Telesalud*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. ISSTE. México.
- Hernández, A. (2005). *Alternativas para fomentar una sana autoestima: revisión documental*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). *La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México*. Salud Mental, 21, (3), 26-31.
- Kaplan, H. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría: Creencias de la conducta*. (pp. 983-992 y 1423-1425). (8va. Edición). Madrid, España: Médica Panamericana S. A.
- Klein, B., Richards, J. y Austin, D. (2005). The Efficacy of internet therapy for panic disorder. University of Ballarat and University of Melbourne. Australia. Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 26 (2).
- Kubli, E. (1987). *Asertividad sé tu mismo sin sentirse culpable*. México: Editorial Pax.

- Lange, A., Schrieken, B., Van de Ven, 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 phatological grief through the Internet*. Behavioral and Cognitive Psychoterapy. 28, (2), 175-192.
- Marks, I. (2001). *Theoretical and practical advances in treating anxiety and depresión*. En Memorias del XXXI Annual Congress of the Association for behavioral & Cognitive Therapies, p. 5.
- May, R. (1968). *La Angustia Normal y Patológica*. (pp. 69-115). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Medina- Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México*. Salud Mental, 26 (4), agosto.
- Nacional Board for Certified Counselors, Inc. (2001). *The Practice of Internet Counseling*. Recuperado el 6 de Julio de 2005. de <http://www.nbcc.org/ethics/webethics.htm>.
- Nezu, A., Nezu, C., Peacock, A. & Girdwood, C. (2003). *Case Formulation in Cognitive-Behavior Therapy*. En: *Behavioral Assessment*, Vol. 3 of the *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. New York: Wiley.
- [Nickelson, W. D. \(1998\). *Telehealth and the Evolving Health Care System: Strategic Opportunities for Professional Psychology*. Professional Psychology: Research and Practice, 29 \(6\), 527-535.](#)
- Norton, P. J. y Gordon J. G. (2000). *Future directions in anxiety disorders: Profiles and perspectives of leading contributors*. Journal of Anxiety Disorders, 14 (1), pp. 69-95.
- Patoni M. I. (2003). *Psicoterapia vía Internet, su práctica, regulación e investigación: el caso del tabaquismo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Pergament, D. (1998). *Internet psychotherapy: Current status and future regulation*. *Health Matrix: Journal of Law Medicine*, 8 (2), 233, 47p. Recuperado el 2 de Septiembre de 2006 en la base de datos de la Facultad de psicología.
- Phares, J., Trull, T. (2000). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.

- Pichot, P (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (F. Tomás et. al. Trad). (4^a. ed.). Barcelona: Masson.
- Ramales, D. (1997). *Discriminación de Ansiedad y Angustia, Rasgo y Estado: Un Estudio Exploratorio*. Capítulo I. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ravagnan, R. (1981). *El origen de la Angustia*. Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires, pp. 1-40.
- Risco, C., Otal, P., Iciarte, E., Heredero R. y Lucas, M. (2000). *Ciberterapia: Ventajas y limitaciones*. Recuperado el 26 de noviembre de 2006 de <http://www.isabelsalama.com/Ciberterapia,%20Ventajas%20y%20Limitaciones.htm>.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). *Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas*. Revista Mexicana de Psicología, 8, 211-217.
- Rojas, J. (2000). *Ansiedad consciente e inconsciente hacia la muerte en pacientes seropositivos al VIH\SIDA: un estudio exploratorio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rojas, E. (2001). *La ansiedad: Como diagnosticar y superar el estrés las fobias y las obsesiones*. México: Planeta.
- 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.
- Salin P.J.R. (1997). *Bases biológicas y farmacológicas de al neuropsiquiatría*. México: Mc Graw Hill Internacional.
- Schneider, S. J., Schwartz, M. D. y Fast, J. (1995) *Computerized, telephone-based healt promotion: Smothing cessation program*. Computers in Human Behavior, II, 135-148.
- Sharpe, R. (2000). The Virtual Couch. *Business Week*. 3699, pEB134, 4p, 3c. Recuperado el 2 de Septiembre de 2006 en la base de datos de la facultad de psicología.
- Serrano, B. (2006). *Ambientes virtuales de aprendizaje para adquisición de competencias profesionales en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

- Spielberger, D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Suler, J. (1996). *The Psychology of Cyberspace [e-book]*. Recuperado el 10 de Octubre de 2006, de <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html>
- Suler, J. (2000). *Psychotherapy in Cyberspace. A 5-Dimension Model of Online and Computer-mediated Psychotherapy*. CyberPsychology and Behavior. Vol. 3 pp. 151-160.
- Valdivieso, S. (1994). *Fundamentos y Límites de la Psicoterapia*. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23: 97-102. Recuperado en http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/htm/psiquiatria/5_4.htm.
- Vallejo J. (1990). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Barcelona-México: Salvat.
- Zumaya, M. (1999). *Fisiología y fisiopatología*. En M. Dupont (Ed.). Manual clínico de ansiedad (pp. 15-29). México: JGH Editores.