



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN  
PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO-CONDUCTUAL VÍA  
INTERNET EN PACIENTES CON DEPRESIÓN Y/O  
ANSIEDAD”.**

**INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

Que para obtener el grado de:  
Licenciada en Psicología

PRESENTA

**VANESSA POLETH CARREÑO MARTÍNEZ**

Directora de informe: Dra. Ma. Georgina Cárdenas López

Revisora: Lic. Anabel de la Rosa Gómez



México, D. F., Ciudad Universitaria, 2011





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNAM. 235  
2011

M-

TPs.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la vida por permitirme estar aquí y lograr cumplir una más de mis metas.*

*A mi Alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ser parte de ella y formarme profesionalmente, por dejar una huella invaluable en mi vida.*

*A la cuna de mi profesión, la Facultad de Psicología y a cada miembro que colaboró en mi formación profesional, por compartir su conocimiento y experiencia.*

*A la Dra. Georgina Cárdenas López por orientarme en la elaboración de este informe, brindarme su apoyo en mi formación profesional y permitirme formar parte del LEVyC.*

*Al honorable jurado por sus valiosas aportaciones:*

*Mtra. Laura A. Somarriba Rocha*

*Lic. Anabel de la Rosa Gómez*

*Dr. Samuel Jurado Cárdenas*

*Lic. Jorge Álvarez Martínez*

*A aquellos miembros del LEVyC que me han apoyado y han compartido sus conocimientos ayudándome a crecer profesionalmente, a ellos y otros con quienes he convivido y compartido experiencias enriquecedoras profesional y personalmente, a aquellos quienes me han brindado su confianza y a otros por su amistad.*

*A mi mamá por apoyarme en todo momento, por su dedicación y fortaleza, por su amor, por su esfuerzo y sacrificio, por confiar en mí, por ser incondicional, por su ternura, por ser mi amiga y mi compañera...*

*A mis abuelos Concepción Licea F. (†) por nuestro cariño que nunca vimos y a Gonzalo Martínez E. (†) con un profundo cariño ante la nostalgia de tu recuerdo...*

*A Gonzalo Martínez L. (†) con cariño y admiración porque gran parte de lo que soy es por ti, que aunque ya no estás presente físicamente seguirás en mi corazón por siempre...*

*A Ana Laura Trejo por brindarme tu amistad, por ser sincera y tierna, por no fingir y compartir nuestra locura, por ser mi confidente y brindarme tu confianza, por tu persistencia a pesar de mi resistencia y necesidad.*

*A Ana Laura Munguía, por brindarme tu amistad y cariño, por tu incansable optimismo y comprensión, por aceptarme tal cual soy, por hacerme parte de tu vida.*

*A Lirio, por tu confianza y cariño por compartir conmigo los momentos difíciles.*

*A Mederick y Leví porque a pesar de que vamos por caminos diferentes en la vida, nuestro espíritu sigue unido por el cariño y los memorables recuerdos.*

*A Liss por ser mi compañera y confidente, por no juzgarme y tolerarme, por estar a mi lado, por tu apoyo.*

*A Blanca por tu afecto, amistad y confianza, por compartir tus inquietudes e ideología, por ser nuestro mutuo espejo en muchas circunstancias, porque contigo soy auténtica.*

*A Carla y Laura por su cariño y compañía, por compartir secretos y gratas experiencias, por ser cómplices.*

*A Paty "la Malvi", Darling por tu cariño y lealtad, por darme tu confianza, por compartir conmigo tus experiencias y por creer en mí.*

*A Valentín por tu ternura y caballerosidad, por tu afecto y convicción, por tu pasión a la psicología y por tu determinación.*

*A Julián por tu amistad, confianza y complicidad, por decirme siempre lo que piensas sin importar lo que pase y por ayudarme a ver las cosas desde otra perspectiva.*

*A Eli por ser sincera, compartir conmigo y ser aliadas en muchas circunstancias.*

*A ti en donde quiera que estés.*

*México, Pumas, Universidad:  
¡Gooya!,! Gooya!  
¡Cachún, Cachún, ra-ra!  
¡Cachún, Cachún, ra-ra!  
¡Gooya!  
¡Universidad!*

## INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
1. Antecedentes.....	15
1.1. Desarrollo de la psicoterapia vía internet.....	15
1.2. Ventajas y desventajas de la modalidad de tratamiento.....	23
1.2.1. Ventajas de la psicoterapia vía internet.....	23
1.2.2. Desventajas de la psicoterapia vía internet.....	25
1.3. Pacientes candidatos a psicoterapia vía internet.....	26
1.4. Tipos de comunicación.....	27
2. Depresión.....	29
2.1. Sintomatología.....	29
2.2. Diagnóstico.....	31
2.3. Epidemiología.....	33
3. Ansiedad.....	36
3.1. Sintomatología.....	37
3.2. Diagnóstico.....	38
3.3. Epidemiología.....	41
4. Psicoterapia en línea para depresión y ansiedad.....	43
4.1. Psicoterapia cognitivo conductual vía internet.....	46
4.2. Técnicas cognitivo-conductuales usadas vía internet.....	49
4.2.1. Reestructuración cognitiva.....	49
4.2.2. Entrenamiento en relajación.....	50
4.2.3. Identificación y control de emociones.....	51
4.2.4. Entrenamiento asertivo.....	52
4.2.5. Entrenamiento en solución de problemas.....	53
4.2.6. Psicoeducación.....	54
5. Metodología del programa de intervención.....	55
5.1. Propósitos fundamentales.....	55
5.2. Población destinataria.....	55
5.3. Espacio de trabajo.....	56
5.4. Fases y actividades por las que discurrió el proyecto.....	56
5.5. Materiales, instrumentos y recursos para el programa de intervención.....	61
5.6. Estrategias de evaluación.....	61
6. Resultados.....	68

7. Discusión.....	87
8. Conclusiones.....	93
9. Limitaciones y sugerencias.....	94
Referencias.....	96

## RESUMEN

Actualmente México es un país que enfrenta un incremento de diferentes trastornos psiquiátricos en la población, entre ellos ansiedad y depresión, situación en la cual se ve involucrado el desempeño del psicólogo clínico, sin embargo, un punto a considerar es que la atención a las demandas de la sociedad, en muchas ocasiones se enfrenta a diferentes barreras por las condiciones actuales de vida, con lo que las personas que reciben atención psicológica son una porción mínima de la población que lo requiere, con esto, una modalidad que logra vencer esas barreras es la psicoterapia Vía Internet.

Los objetivos de la intervención psicológica cognitivo-conductual Vía Internet, en base a su impacto social consisten en proporcionar tratamiento a una población con pocas posibilidades de atención psicológica como son aquellas personas que no pueden trasladarse grandes distancias o que les lleva mucho tiempo el traslado, personas con alguna discapacidad, gente que se ve limitada por barreras geográficas como residir en otro país; del mismo modo los objetivos clínicos a través de la intervención son lograr una reducción de los niveles de ansiedad y depresión, así como una adquisición de herramientas que mejoren los estilos de afrontamiento de cada participante y con esto logren mayor adaptación al medio y mayor calidad de vida en general, esto a través de un intervención mediada por el uso de la computadora.

El presente informe de prácticas se realizó con una muestra de 3 participantes femeninas con edades entre los 22 y los 27 años de edad, con problemáticas de depresión y/o ansiedad, a las cuales se les proporcionó psicoterapia cognitivo-conductual vía Internet. Los resultados obtenidos a través de una evaluación pre y post tratamiento, indican diferencias satisfactorias en cuanto a los niveles de ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida y la obtención de estilos de afrontamiento más adaptativos. También a través de todo el proceso de intervención clínica se identificaron algunos aspectos, que es importante tomar a consideración para que ayuden a mejorar la calidad del servicio.



## INTRODUCCIÓN

Hoy en día el uso de la tecnología informática tiene diferentes propósitos como el comunicarnos, proporcionar información y mejorar el proceso de aprendizaje, entre otros; una muestra de ello es el programa de “Psicoterapia Vía Internet”, ya que hace uso de los diferentes recursos que proporcionan los avances tecnológicos para acercar a la sociedad a su ejercicio profesional, impactando directamente en el área de la salud mental.

Dentro del programa de “Psicoterapia Vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica”, cuya sede es el laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología en la Facultad de Psicología de la UNAM, realicé prácticas profesionales, que consistieron en dar tratamiento psicoterapéutico de tipo cognitivo-conductual Vía Internet a pacientes con depresión y/o ansiedad con grados entre leves y moderados.

Por medio de este programa y su modalidad, se ofrece una intervención psicológica de calidad, superando las barreras que dificultan el acercamiento por parte de la población a un tratamiento psicológico y con esto al cuidado de su salud mental y física. A través de esta intervención clínica se provee al usuario un reaprendizaje que le dota de herramientas que le permitan afrontar las situaciones que se le presenten a lo largo de su vida, logrando así una mayor adaptabilidad y mejorando con esto su calidad de vida en general.

### *Problemática abordada.*

Como seres humanos nos caracterizamos por ser individuos sociales, sin embargo, dicha convivencia con otros miembros de la sociedad en ocasiones puede verse afectada a raíz de diferentes problemáticas personales que son originadas en parte por nuestra genética, experiencias de vida, estilos de afrontamiento, así como ambientes en los que nos desenvolvemos en ese

momento, aunado a la cultura y la evolución de esta, en la que nos encontramos inmersos.

En ocasiones los individuos no contamos con las habilidades y herramientas suficientes para solucionar dichas situaciones y lograr una adaptación, por lo que todos los factores de riesgo mencionados, desencadenan padecimientos de tipo psicológico como la ansiedad y la depresión, entre otros, generando un incremento en la inadaptabilidad, la cual puede generar consecuencias insatisfactorias que perjudiquen sustancialmente la vida de las personas.

Además de lo anterior es frecuente que la salud sea valorada a partir de la enfermedad, es decir, no valoramos nuestra salud hasta que nos sentimos mal, y antes de esto, es frecuente no darnos el tiempo para hacer algo por nuestra salud; aunado a esto, en países en desarrollo los psicólogos clínicos también lidiamos con el estigma social de que "ir con un psicólogo es algo malo" en cuanto a la salud se refiere, que prácticamente no hay cura o solución, y que si se acude a un profesional de la salud mental es porque realmente la persona se encuentra en "mal estado", sin embargo, no es sólo la falta de conocimiento acerca de la atención psicológica lo que limita el alcance de la intervención en la población, sino el hecho de que tampoco se cuenta con los recursos que le permitan acceder (dinero y tiempo) a un servicio que debiera ser elemental en nuestra sociedad actual.

Y es que la atención psicológica es importante no sólo en la dirección del estado de ánimo de la persona, sino también en la forma en que se pueden prevenir enfermedades médicas a través de una intervención psicológica oportuna y eficaz; desde Galeno, el pensador griego pionero de la medicina, quien propuso que a fin de concebir o tratar la enfermedad hay que considerar los aspectos psicológicos que rodean la pérdida de la salud. Diversas investigaciones confirman que el mal manejo de las situaciones, el cual origina padecimientos psicológicos, también es en gran parte generador de padecimientos físicos o médicos. Es entonces que a través de la intervención psicológica profesional se puede ayudar, desde una perspectiva médica, a

permanecer en un estado pre-patógeno, es decir, prolongar esta condición y no llegar a un estado patógeno, logrando así la prevención de enfermedades médicas, que una vez que aparecen se quedan hasta el deceso del paciente.

Es así que a través de un manejo adecuado de las emociones se puede controlar la aparición de enfermedades, ya que estas juegan un papel importante en la preservación, pérdida o recuperación de la salud, se ha encontrado que las creencias, las cuales generan emociones, cuando son desadaptativas, generan alteraciones en las secreciones hormonales, lo cual propicia mayor grado de estrés (Sánchez-Sosa, 2002) y esto a su vez lleva a un deterioro estructural y funcional en los órganos del cuerpo, sin dejar de lado la somatización o el uso de sustancias adictivas.

#### *Justificación.*

Con todo lo anterior y ante los constantes cambios y demandas que se viven en el mundo, como el progreso económico, las transformaciones sociales y el incremento en la longevidad del ser humano, se ha visto como consecuencia un aumento en la problemática psicosocial; se ha ido observando un aumento en la aparición de los diversos problemas y trastornos psicológicos; en 1990, en América Latina y el Caribe, las afecciones psiquiátricas y neurológicas eran de 8.8%, dos décadas después esta carga ha ascendido a 22.2% (Rodríguez et al., 2009). En el 2003 en una encuesta realizada por Medina Mora y et al. se encontró que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días; los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%); en general el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% padecen distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer.

Por otro lado, durante los últimos años, una gran cantidad de estudios han reconocido cada vez más, no sólo que los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes, sino también que la gran cantidad de enfermedades asociadas con estos trastornos es cada vez más significativa (Comisión Europea, 2005; Kállay & Miclea, 2010, Wittchen & Jacobi, 2005). En el continente europeo, se estima que más de un 27% de los europeos adultos experimenta al menos una forma de enfermedad mental durante un año y que las formas más comunes de trastornos mentales en EU son los trastornos de ansiedad y depresión (Comisión Europea, 2005). En una revisión sistemática de la prevalencia e incidencia sobre los trastornos de ansiedad, Somers et al. (2006) encontraron que las tasas de estimación para la prevalencia son de 1 año y la duración de los trastornos de ansiedad total es de 10.6% y 16.6%, respectivamente.

Siguiendo con Medina Mora et al. (2003) se calcula que solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención. Pero lo preocupante es que aún se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores; los trastornos mentales aún no reciben la importancia que merecen, y se calcula que para el 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad en el mundo, y que en los próximos años las enfermedades mentales podrían ser el segundo motivo de consulta entre los mexicanos.

Sin embargo, la atención a esta problemática se ve mermada aún más, ya que México destina 0.85% de su presupuesto nacional en salud para esos padecimientos, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la cifra sea de 10%. Con todo lo anterior, se hace evidente que existe una gran necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más disponibles los servicios y de acercar a la población a ellos, entre los que se encuentran grupos con especial rezago o mayor vulnerabilidad en la atención de este tipo de patologías, como son las poblaciones indígenas y las víctimas

de conflictos armados, violencia política o desplazamiento (Rodríguez et al., 2009).

Simultáneamente, se ha dado una evolución dentro del desarrollo tecnológico, cuyo conocimiento y manejo demanda requisitos específicos de adaptación, es con todo lo anterior en donde se encuentra inmerso el psicólogo clínico, haciendo uso del avance tecnológico para enfrentar la evolución y aumento de los padecimientos psicológicos o mentales, desarrollando capacidades para responder en forma óptima y constante a las exigencias de la población; el progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención a la salud mental de las personas. Nuevas alternativas para el tratamiento derivadas de avances en intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales, han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización, con lo que ha mejorado considerablemente la calidad de vida de las personas que sufren de trastornos (Medina Mora et al., 2003) y es que en la mayoría de los casos, las personas reciben atención hasta que están en muy malas condiciones, a pesar de que se puede hacer un diagnóstico temprano y diseñar un tratamiento para la intervención y en muchos casos hasta adquirir un carácter preventivo, si no de la aparición como tal del trastorno, sí de su evolución o desarrollo, así como de otros padecimientos médicos. Es entonces que los resultados de las investigaciones sirven de base para la planificación y dirección de servicios, la atención a patologías específicas y el desarrollo de estrategias e intervenciones comunitarias eficaces y pertinentes para mejorar la atención a la salud mental y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

Por otro lado la atención de las diversas problemáticas de cada paciente, así como la proporción de nuevas estrategias de afrontamiento o solución de problemas, fomenta que los hijos o personas cercanas a estos copien conductas que en un futuro les permitan resolver sus propios conflictos y desarrollen mayor capacidad de adaptación al ambiente y sus demandas, así como de prevenir sus propios trastornos psicológicos y enfermedades físicas o médicas.

De aquí la importancia de abordar un tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual, en el que se trabajen las esferas del pensamiento, emoción y conducta; así como la aplicación de un método basado en la investigación científica, aplicaciones para la solución de problemas, evaluación y prevención del efecto clínico, desde una modalidad que se adapte a las demandas y condiciones de la población, como es el uso del Internet.

El Internet hoy es una herramienta útil, que cubre la necesidad al menos para algunos grupos, así mismo, puede ser una herramienta potente y viable en la entrega de intervenciones de salud en la Comunidad. El acceso a Internet está aumentando y a menudo se utiliza por los pacientes para acceder a información relacionada con la salud. También resulta un medio aceptado para la interacción entre los médicos y los pacientes (Christensen et al., 2004)

Aunado a lo anterior, se han desarrollado diversos programas de intervención psicológica para la comunidad, mediante los cuales se proporcionan tratamientos efectivos para diferentes trastornos, entre ellos ansiedad y depresión. El Internet tiene el potencial para ofrecer las intervenciones de autoayuda a nivel mundial y a las personas que no buscan ni reciben ayuda para la depresión, esto con ayuda de la tecnología. (Christensen et al., 2004). Actualmente el Internet ha cambiado la forma de atender y proveer la salud que se proporciona (Andersson et al., 2002).

Es entonces que buscando una estrategia para reducir las barreras que implica la entrega de un tratamiento, existen programas de psicoterapia basada en computadora (CP) para trastornos mentales comunes (Titov, Andrews, Kemp, & Robinson, 2010; Wells et al., 2006). Algunos programas están basados en terapia cognitivo conductual (TCC), son altamente estructurados e incluyen una gran variedad de estrategias de cambio conductual, presentadas en lecciones en línea, asignación de tareas y de la comunicación con el terapeuta, envío de e-mails, llamadas telefónicas o foros en línea.

Dicho lo anterior, en México es a través del Programa de Psicoterapia Vía Internet, el cual pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM

(Cárdenas et al., 2005), que se ofrece a los psicólogos en formación dentro del área clínica un escenario más, que permita la formación de competencias a través de prácticas profesionales y el poder proveer atención profesional a aquellas personas que lo demandan.

La psicoterapia vía internet ofrece una gran ventaja ya que es más aceptable por los pacientes para acercarse a pedir ayuda profesional y contar las diversas problemáticas que los afectan, no solo proporcionando un espacio para hablar de sus cogniciones, emociones y comportamientos, sino también ofreciendo gran accesibilidad a la población en costo y tiempo. Logrando simultáneamente una mayor adaptabilidad a las exigencias que le rodean y mediante su adecuado afrontamiento, la prevención de padecimientos médicos.

#### *Objetivos Generales.*

El principal objetivo es que mediante la intervención clínica realizada Vía Internet, se reduzcan los niveles de depresión y/o ansiedad y se logre la adquisición de herramientas en cada usuario, que les permita obtener habilidades de afrontamiento y por tanto mayor adaptabilidad a su medio.

Aunado a lo anterior es que a través de dichos tratamientos y a una intervención oportuna en los padecimientos de las personas, se logre también la prevención o al menos el retraso de la aparición de padecimientos físicos o médicos, así como un deterioro significativo en las diferentes áreas de desarrollo.

Un objetivo más es el fomento del cuidado de la salud mental mediante una modalidad que ayuda a enfrentar el estigma social de ir con un psicólogo y simultáneamente tener un escenario más para la práctica clínica que genere las competencias necesarias para proveer atención y tratamientos efectivos a distancia, en una modalidad que se ajuste a las exigencias y demandas sociales.

A su vez, se pretende que esta intervención genere un impacto social alcanzando a una población que por las características de su vida diaria es difícil que obtengan un tratamiento psicológico.

Como último objetivo está el informar los resultados de las intervenciones psicológicas que realicé, con personas diagnosticadas con depresión y/o ansiedad a través de un tratamiento cognitivo-conductual en la modalidad Vía Internet.



## 1. ANTECEDENTES

### 1.1. *Desarrollo de la Psicoterapia vía internet.*

Conforme ha ido avanzando el tiempo, los contrastantes cambios que se han dado en el mundo y los estilos de vida, el ser humano enfrentándose a esto, ha ido construyendo su propia evolución en cuanto al desarrollo de conocimientos, tecnología, estilo de vida y un sin fin de aspectos que le permitan forjar una mejor adaptación a su medio, siendo muestra de ello, un factor hoy en día sumamente común como es el Internet, herramienta que ha venido a revolucionar en todos los aspectos la vida del hombre, siendo uno de las más importantes el área de la salud.

Es en el campo de la salud donde la tecnología ha venido a marcar una brecha a través de hacer disponible información pertinente al área, alternativas de procedimientos destinados a una solución del problema, instituciones o profesionales especializados para atender las diferentes problemáticas, acceso a grupos que presentan las mismas características y que se unen a modo de apoyo, y actualmente la entrega de intervenciones clínicas directas a las demandas de la sociedad a través de tratamientos médicos o psicológicos profesionales.

Como muestra de ello surge en un principio la telemedicina, la cual es considerada como la utilización de la tecnología de las comunicaciones para la provisión de una asistencia sanitaria de calidad en zonas geográficas remotas, sin importar su localización, la distancia o el momento (McLaren y Ball, 1995; cit. en De las Cuevas et al., 2003); a partir de esto y como una aplicación para la psiquiatría surge la telepsiquiatría que consiste en el uso de comunicación electrónica y de las tecnologías de la información para proveer o proporcionar atención psiquiátrica a distancia, a través de un sistema interactivo bidireccional de transmisión de imagen y sonido, donde la videoconferencia constituye el principal, aunque desde luego no el único, método de comunicación (De las Cuevas et al., 2003). Esta definición incluye muchas modalidades de comunicación como son teléfono, fax, e-mail, Internet, así

como interacción con comunicación por dos vías, audio-video, también conocida como videoconferencia, esta modalidad es la más aplicable en la psiquiatría y ha llegado a ser sinónimo de la telepsiquiatría, la cual implica el cuidado del paciente, educación a distancia y la administración del tratamiento (Antonacci et al., 2008).

Hoy en día, dentro de la psicología clínica es frecuente encontrar que las técnicas utilizadas dentro de la terapia se modernizan con mayor rapidez, modificando el tratamiento de algunos trastornos. De acuerdo con García (2008) la psicoterapia ha sufrido una adaptación a través del uso de las nuevas tecnologías, conformando lo que hoy conocemos como ciberterapia.

Una forma importante de usar la computadora en el tratamiento de trastornos mentales es vía Internet, el cual ha sido usado para intervenciones psicoterapéuticas por más de una década. Se han utilizado diferentes términos para denotar esta actividad profesional especial: e-terapia, terapia en línea, terapia de Internet, ciberterapia y a veces se denomina e-salud o tele-salud, como parte de las actividades más generales (Barak et al., 2008).

La ciberterapia o psicoterapia asistida por computadora, abarca cualquier sistema diseñado, que en ocasiones sirve para ayudar la terapia cara a cara "tradicional", tal como programas en línea interactivos, mensajes de texto automatizado y video juegos de psicoeducación. Como resultado de las barreras logísticas, financieras, sistémicas, culturales, y personales, la mayoría de la gente no consigue el cuidado que necesita. Desde una perspectiva de la salud pública, la psicoterapia asistida por computadora tiene metas que excepcionalmente hacen la terapia más accesible, rentable, y activa (Marks et al., 2007).

La tecnología puede ser usada como un apoyo en cuanto a los aspectos rutinarios del tratamiento tradicional. Por ejemplo, el software puede ser desarrollado para entrenar a pacientes en habilidades cognitivo-conductuales tales como relajación o reestructuración cognitiva (Litz et al, 2007).

Por otro lado Suler (2000) conceptualiza la terapia en línea como un estilo único, multifacético de interacción psicoterapéutica que es mediado por la comunicación a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional de la salud mental.

Otros autores definen la terapia en línea como cualquier tipo de interacción terapéutico profesional que hace uso de Internet para conectar a sus pacientes y profesionales de la salud mental de forma cualificada. Es común que en la práctica de la terapia en línea sean utilizadas interfaces libres, basadas en el chat (por ejemplo, AOL Instant Messenger, ICQ, etc.). Sin embargo, como las conexiones de Internet de alta velocidad se vuelven más frecuentes, un número creciente de terapeutas está ofreciendo sesiones de videoconferencia utilizando una amplia gama de programas y software disponible (Rochlen et al., 2004).

Es entonces que el estándar personal de cómputo puede ser usado para entrenar a pacientes en una habilidad de Terapia Cognitivo Conductual o para ofrecer un plan de tratamiento completo estandarizado. Como los avances tecnológicos son continuos y a un ritmo sin precedentes, el elevado uso de software interactivo utiliza audio, video, animaciones y gráficos avanzados (Carter et al., 2005) lo que facilita la proporción y una mayor calidad en los servicios de atención psicológica.

Así pues la psicoterapia de tipo cognitivo conductual caracterizada por el uso de auto-registros, juego de roles, reestructuración cognitiva, solución de problemas, desensibilización sistemática, relajación, moldeamiento, etc., ha encontrado otra modalidad para ser proporcionada eficazmente por medio de la tecnología, hasta llegar al uso de la videoconferencia para el tratamiento a distancia y se ha permitido flexibilizar los métodos tradicionales de terapia cognitivo-conductual, para dar respuesta a las condiciones y necesidades actuales de la sociedad.

La ciberterapia con un enfoque cognitivo conductual se ubica dentro de las terapias breves lo que para muchas personas representa la única

posibilidad real de aproximación psicoterapéutica, esto implica que a través de este servicio, una porción de la población que se encuentra lejos de cualquier otro tipo de tratamiento psicológico, podrá ser alcanzada y resultará por tanto beneficiada en sus diferentes ámbitos. Las razones para no solicitar tratamiento pueden ser una escasez de terapeutas especializados, largas listas de espera, o el alto costo. Las personas en las zonas rurales son especialmente desfavorecidas debido al tiempo que se tardan en recorrer largas distancias. Por lo tanto, uno de los principales desafíos es aumentar la accesibilidad y disponibilidad de tratamientos psicológicos basados en evidencias con la ayuda de herramientas de larga distancia como es el Internet (Carlbring et al., 2006).

Si hacemos uso de las estadísticas presentadas anteriormente, podemos darnos cuenta del aumento en la prevalencia de los padecimientos mentales, sin embargo, en una sociedad en la que la cultura es la primer influencia que estigmatiza el uso de la atención psicológica, se convierte en prioridad el acercamiento a la población, así como la proporción de un servicio de atención que se ajuste a las demandas de dicha sociedad y que cumpla con sustento profesional.

El anonimato y la accesibilidad de Internet lo hacen muy adecuado para ofrecer y recibir ayuda con problemas psicológicos. Los clientes que se tratan a través de Internet pueden evitar el estigma incurrido por ver a un terapeuta (Gega et al., 2004, cit. en Spek et al., 2006). Además las personas que son tratadas por Internet, pueden obtener tratamiento en cualquier momento y lugar, trabajar a su propio ritmo y revisar el material tantas veces como deseen. En tratamientos basados en Internet, los participantes están guiados por programas para trabajar en sus problemas. El nivel de la participación del terapeuta puede variar desde sin asistencia, o terapeuta con mínimo contacto por correo electrónico o por teléfono, hasta la cantidad de participación como se ve en la terapia clásica individual (Spek et al., 2006).

Es entonces que el modelo de psicoterapia por Internet, va relacionado a que mucha gente es renuente a buscar servicios tradicionales, viven en

regiones alejadas donde el cuidado experto está inasequible y no pueden tener acceso a servicios porque la demanda excede los recursos (Litz, 2008).

El campo de la terapia cognitivo conductual en línea, está creciendo rápidamente apareciendo cada año con varias investigaciones, la velocidad de la investigación de la terapia cognitivo conductual asistida por Internet, la hace una alternativa para considerar este tratamiento y aumentar la posibilidad de que se convierta en parte del cuidado psiquiátrico regular.

Diversos autores informan que cada vez hay más pruebas de que los equipos de cómputo son herramientas valiosas en el tratamiento de pacientes con una variedad de problemas, además el uso de terapia por Internet proporciona mayor rentabilidad, disponibilidad y aceptación del paciente. Por otro lado en el caso de que se dé “un tratamiento terapéutico para los pacientes que permanecerían sin tratar sus padecimientos, porque no tienen acceso al tratamiento cara a cara o porque deciden no participar en este tipo de tratamiento, es discutible que el tamaño del efecto de un tratamiento por Internet, pueda compararse con un tratamiento tradicional” (Kenwright et al., 2001, cit. en Caspar, 2004).

En cuanto a la telepsiquiatría se refiere Antonacci et al, (2008), informan de los resultados obtenidos en el 2000 por Elford et al. reportando que en su investigación hubo un alto grado de compatibilidad entre los diagnósticos dados en tratamientos cara a cara y por medio de telepsiquiatría, así como de la satisfacción general de los pacientes.

Desde 1998, en un estudio preliminar Cohen y Kerr, compararon las evaluaciones entre un grupo de terapia cara a cara y otro con terapia proporcionada por medio de Internet. En ambas condiciones los pacientes mostraron un decremento equivalente en sus niveles de ansiedad, equivalencia en el tiempo de duración del tratamiento, así como en las evaluaciones de los pacientes hacia los terapeutas respecto a la experiencia del terapeuta, su atracción y su fiabilidad.

Así mismo, por medio de un análisis de los resultados obtenidos mediante una investigación realizada por Litz et al. (2007) en la cual hubo participantes que recibieron terapia cognitivo conductual cara-cara y otro grupo que recibió apoyo por Internet mediante Psicoeducación y que era de manera auto-dirigida, reportó que el grupo que recibió apoyo por Internet, obtuvo mayores resultados que los que recibieron terapia cognitivo conductual cara-cara.

También por medio de estudios aleatorios controlados, se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual breve entregada por Internet, puede ser muy efectiva en la reducción de la depresión. Si se observan las ganancias al final de la intervención a través de programas de Internet, estas se mantienen, después de largos periodos que aún no han sido establecidos definitivamente (Mackinnon, et al., 2008).

Además diferentes estudios han demostrado que, independientemente de su edad, tanto hombres como mujeres tienen una reacción positiva cuando son tratados con terapia cognitivo-conductual por computadora. Esto sugiere que la terapia cognitivo-conductual por computadora puede ser una opción de tratamiento aceptable para una amplia gama de personas (Cavanagh et al., 2009).

También en un meta análisis realizado por Heilman, Kállay y Miclea en el 2010, se hace referencia a la eficacia o efectividad de los programas de tratamiento basado en internet (ICBT) ha sido demostrada para trastornos mentales mayores que incluyen la depresión (Andersson et al., 2005a; Perini, Titov & Andrews, 2009; Titov et al., 2010), trastornos de pánico, (Carlbring et al., 2005; Klein, Richards, & Austin, 2006; Kiropoulos et al., 2008; Shandley et al., 2008), TAG (trastorno de ansiedad generalizada) (Titov et al., 2009d; Robinson et al., 2010), fobia social (Berger, Hohl & Caspar, 2009; Titov et al., 2008a; Titov, Andrews & Schwencke 2008; Titov et al., 2008b; Titov et al., 2009a; Titov et al., 2009b; Titov et al. 2009c; Andersson et al., 2006; Carlbring et al., 2007), estrés y síntomas psicóticos (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008), y trastornos somatoformes (Kroenke, 2007).

La mayoría de los tratamientos vía internet, son proporcionados con un enfoque cognitivo conductual, y desde esta perspectiva se rechaza el principio de sustitución de síntomas, se hace énfasis en el cambio, se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en la sesión y ponerlas en práctica afuera. Activamente se le confronta al paciente para promover el auto-cuestionamiento. Mediante este tipo de intervención también se definen objetivos concretos a lograr para saber qué se quiere obtener y hacia donde apunta la terapia.

Alternativamente, la estructura de presentación de las técnicas de tratamiento por computadora puede ser más eficaz que la presentación de un terapeuta quien puede usar juicios clínicos para modificar empíricamente los procedimientos admitidos.

Todo esto tiene implicaciones de salud pública en hacer tratamientos psicológicos basados en evidencia y disponibles en Internet, que podrían ser substanciales en términos de alcanzar a gente con necesidad de servicios de salud y en un ahorro de costos (Andersson & Cuijpers, 2008).

De esta manera se está haciendo un enorme incremento en el uso de la tecnología, para potenciar el campo de la psicología clínica, con lo que además se invita a los lectores a tener una visión enfocada hacia el futuro, en la cual se convierta en algo empírico el uso y aplicación por profesionales, de técnicas adaptadas y encaminadas a tratar algunas problemáticas de salud mental bajo las condiciones y demandas de la sociedad futura, haciendo los tratamientos psicológicos algo atractivo a la población al ajustarse más a sus estilos de vida que la terapia tradicional, sin dejar de lado esta última.

Mediante el desarrollo que se ha ido formando a través de diversas investigaciones en el área de la salud y la previsión de las futuras demandas de la sociedad, en un esfuerzo para fomentar la preparación profesional y competente, así como satisfacer dichas necesidades, en las últimas décadas se ha dado una revolución tecnológica por medio de la asistencia por

computadoras lo cual ha trascendido lográndose actualmente un ejercicio práctico y eficaz, ya no solo en el área educativa, sino en el área de la salud.

Los alentadores resultados de los estudios de evaluación de la terapia cognitivo conductual vía internet (ICBT) han activado un rápido aumento de "clínicas de Internet". Por ejemplo, dentro de los últimos meses por lo menos 4 clínicas de Internet han comenzado a operar en Australia (Titov et al., 2010).

Recientemente, un equipo de investigación rumana (Miclea, Ciuca & Miclea, 2009) propuso una plataforma multiusuario muy prometedora, llamada PAXonline, destinada a prevenir y tratar una gran variedad de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, diferentes fobias, etc.). En este programa, los pacientes tienen la oportunidad de interactuar con su médico general y psicoterapeutas, ofreciendo: herramientas de evaluación, diferentes modalidades de comunicación y contenidos electrónicos en varios formatos para ayudarles a comprender y explicar su sintomatología. Los clientes pueden entrar en los programas terapéuticos específicos y beneficiarse, a su elección, con la asistencia virtual de un psicoterapeuta certificado. La comunicación con otros pacientes se facilita a través de foros y los pacientes reciben una retroalimentación constante sobre los resultados de los tratamientos. Basándose en repetidas evaluaciones, el progreso de la recuperación puede ser fácilmente monitoreado a lo largo de la intervención (Miclea et al., 2009).

Actualmente en México, en la Facultad de Psicología de la UNAM, se desarrollan programas de intervención psicológica apoyados por tecnología, a través del laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología (Cárdenas et al., 2005; Cárdenas et al., 2008). Siendo esta sede donde simultáneamente se proporciona una invitación a estudiantes de la misma Facultad a realizar prácticas profesionales con formación clínica bajo esta modalidad de ciberterapia y desde un enfoque cognitivo-conductual en el programa conocido como "Psicoterapia en línea – una formación profesional en psicología clínica" y al cual estuve adscrita como prestadora de servicio social y en el que realicé prácticas profesionales. Dicho programa tiene como principal propósito, el



proporcionar a los psicólogos en formación herramientas y habilidades teóricas y prácticas en el tratamiento de trastornos mentales bajo la modalidad de psicoterapia en línea.

Es con lo anteriormente mencionado que se propone un escenario más de formación profesional en donde se vinculan los conocimientos teóricos y su aplicación práctica, que bajo la supervisión y asesoría profesional y calificada, permite al terapeuta en formación una mayor calidad en su preparación para enfrentarse a la realidad laboral, que la mayoría de las ocasiones no está disponible dentro del plan curricular.

Además ante las diferentes demandas que hoy por hoy exige dicho mundo laboral, es que se vuelve imprescindible contar con los conocimientos teóricos y prácticos en este caso de servicios psicológicos a distancia los cuales han empezado a tomar importancia y reconocimiento en nuestro país.

## **1.2. *Ventajas y desventajas de la modalidad de tratamiento.***

Como una modalidad que va abriéndose auge, diversos autores analizan y reportan cuáles son las ventajas y desventajas de la psicoterapia asistida por computadora o ciberterapia.

### **1.2.1. *Ventajas de psicoterapia vía internet.***

Dentro de las ventajas podemos encontrar que este tipo de terapias se puede ver favorecida por la invisibilidad del terapeuta, ya que permite una mayor auto-revelación (Cárdenas, Serrano, Patoni & Flores, 2005), esto permite al paciente expresarse en el contenido de su expresión en terapia, reduciendo así los niveles de ansiedad que se llegan a dar durante las sesiones terapéuticas por el temor a ser juzgado o rechazado por su problemática.

Suler (2002) refiere que en el contexto de la terapia en línea, la desinhibición puede alentar la expresión terapéutica y la auto-reflexión. Desde este proceso el cliente no evita al terapeuta, las personas se abren, hay pocas, o ninguna, máscaras sociales que quitar, y algunos pacientes tienden a "eliminar la persecución" de cuestiones básicas. Algunos terapeutas en línea informan anecdóticamente que relatando pensamientos basados en texto como auto-discurso se puede tener el efecto de inducir un alto grado de intimidad y honestidad desde el primer intercambio de correo electrónico o de chat. Con este fin, se puede externalizar el problema presente mientras es interiorizado.

Así mismo este tipo de terapia ofrece una reducción en cuanto al costo del tiempo empleado, lo cual es de conveniencia tanto para el terapeuta como para el cliente, evita tener que trasladarse grandes distancias o vencer las barreras de traslado que hoy en día implica vivir en una ciudad tan grande y con hacinamiento, así como un ahorro en la economía ya que no es necesario el traslado hasta un consultorio o centro de atención. Permite proporcionar una mayor difusión de las intervenciones psicológicas en las poblaciones menos favorecidas. Por medio de esta modalidad de psicoterapia se pueden realizar consultas sencillas, aclaraciones, envío de información para psicoeducación, etc., los cuales pueden ser enviados a través de e-mail.

La ciberterapia ofrece también cierta reproductividad tanto para el terapeuta, ya que puede revisar sesiones pasadas y hacer uso de la información contenida en estas, así como para el paciente en caso de que quiera repasar los pasos para llevar a cabo cierta técnica o de qué hacer en una situación similarmente vivida y que haya sido expuesta al terapeuta durante las sesiones anteriores, lo que permite generalizar el tratamiento psicológico más allá del periodo destinado a las sesiones.

Mediante esta modalidad se puede llegar a hacer uso de material de calidad que proporciona la red, el cual cumpla con ciertas características y haya sido revisado por el terapeuta con anterioridad para su recomendación, lo que le permita generar en el paciente un mejor entendimiento ya sea en su problemática o en la aplicación de las técnicas a realizar, pueden ser utilizados

enlaces de información de sitios Web, videoclips, documentos y herramientas de evaluación que son fácilmente suministrados a través de todas las modalidades de terapia en línea. Considerando que la terapia tradicional tiene lugar en la oficina del terapeuta, limita al terapeuta a hacer uso de cualquiera de estos recursos; la terapia en línea siempre tiene lugar en un contexto con recursos ilimitados (Grohol, 2000).

Otra ventaja de este tipo de psicoterapia es el vencer barreras como dar atención a personas con algún tipo de discapacidad física, a quienes se les puede dificultar su traslado y bajo esta modalidad pueden recibir la entrega directa de un tratamiento psicoterapéutico sin necesidad de desplazarse de su hogar. Así mismo se pueden encontrar dentro del Internet grupos de apoyo a los cuales pueda pertenecer el paciente y con los cuales comparta ciertas características respecto a su problemática, que le ayuden a entender que no está solo e incluso le proporcionen otras herramientas de afrontamiento para la situación que vive.

Un beneficio más que proporciona la psicoterapia vía Internet, es el dar atención a personas que trabajan, viajan o son reubicados en países donde consultar a un profesional de salud mental, no sería satisfactorio debido a las barreras del idioma (Rochlen et al., 2004), por medio de un tratamiento a distancia, se superan las barreras geográficas, del idioma y la diferencia de horarios de distintas zonas del mundo.

### **1.2.2. Desventajas de psicoterapia vía internet.**

Del mismo modo que en otras modalidades y enfoques terapéuticos, la ciberterapia también se enfrenta con ciertas desventajas, como son la pérdida de la comunicación no verbal, la cual sí se da en una psicoterapia cara-cara; dicha comunicación es fundamental y de gran ayuda para el establecimiento de un diagnóstico, también es de utilidad para observar aquellos aspectos de la vida de la persona que son difícil de tratar, así como la evaluación de las habilidades que es preciso aumentar o disminuir en cada paciente.

Otra desventaja que va ligada al uso de la tecnología es el no poder asegurar la confidencialidad del contenido de cada sesión o del tratamiento de cada paciente, la cual puede ser accesada, alterada, modificada o eliminada.

Así mismo se puede observar un déficit en los niveles de espontaneidad o naturalidad de la información proporcionada por el paciente, al mismo tiempo pudiéndose dar pie a la corrección de lo que el paciente diría originalmente. Por otro lado se encuentra una dificultad en saber si el paciente únicamente está enfocado a la terapia, si está realizando otro tipo de actividades o se encuentra acompañado por alguien más.

Dichas investigaciones apuntan a que la psicoterapia bajo la modalidad vía Internet, reduce algunos aspectos comunes en la terapia cara-cara, sin embargo, los resultados obtenidos son de importancia significativa e independientemente de las características o herramientas utilizadas para la comunicación terapeuta-paciente, se puede lograr la aplicación adecuada de las diferentes técnicas cognitivo-conductuales y lograr un mayor grado de bienestar y adaptación para cada paciente.

### **1.3. *Pacientes candidatos a psicoterapia vía internet.***

De acuerdo a la literatura algunas características a tomar en cuenta para saber si un paciente es viable al tratamiento de psicoterapia vía Internet, son:

- El paciente tiene dificultades para trasladarse al consultorio del profesional debido a alguna discapacidad.
- El trastorno del paciente inicialmente, dificulta que este acuda al consultorio del psicólogo.
- En caso de que el paciente tenga dificultades para trasladarse o asistir, por cuestiones de rutina diaria como son el trabajo y demás actividades.

- 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.
- Que el paciente muestre facilidad 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 al 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.

#### 1.4. ***Tipos de comunicación.***

Dentro de la modalidad de psicoterapia en línea existen diferentes herramientas que se pueden utilizar para la proporción de tratamiento, estas corresponden a dos tipos de comunicación, las cuales se pueden utilizar de forma alterna a diferencia de una psicoterapia presencial, estos tipos de comunicación son:

a) La *comunicación sincrónica* que se caracteriza porque el cliente y el terapeuta se comunican a través de su equipo de cómputo al mismo tiempo, interactuando entre sí en ese momento. Algunos ejemplos incluyen texto por chat, telefonía de Internet y conferencias de audio y vídeo (videoconferencia). Hay una comunicación en tiempo real, aunque puede ser determinada por factores técnicos, que influyan en las velocidades de transmisión.

b) La *comunicación asincrónica* es en la que el terapeuta y el paciente no están comunicándose al mismo tiempo a través de la computadora, hay una diferencia en la hora en que la interacción ocurre, un claro ejemplo es la comunicación por medio de e-mail.

## 2. DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, entre los problemas de salud mental, sin embargo, experimentar un episodio depresivo mayor es diferente a sentirse triste, la principal diferencia estriba en un grupo de síntomas que persisten por un período de al menos dos semanas. (Nezu, Maguth & Lombardo, 2006)

### 2.1 *Sintomatología.*

A continuación se describe la sintomatología presente en el trastorno depresivo mayor de acuerdo a lo establecido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994), la cual agruparé en dos áreas:

- a) Emocionales-cognitivos: Los pacientes presentan un estado de ánimo depresivo (sentimientos de tristeza o vacío), sentimientos de poca valía o culpa, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, así como, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado o desanimado. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada en la entrevista. Muchos pacientes refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia) (DSM-IV, APA, 1994).

Por otro lado el sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor, preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Las personas deprimidas suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de

sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

Muchas personas con este padecimiento refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. También son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio.

- b) Conductuales: Se observa una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, de modo que dejan de realizarlas, insomnio o hipersomnia, ganancia o pérdida significativa del peso, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía.

En algunos pacientes con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Los pacientes pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer, en otros casos pueden tener más apetito hacia ciertas comidas (dulces y carbohidratos).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse);



también se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, las personas deprimidas se quejan de exceso de sueño (hipersomnía) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el paciente acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen: agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). También es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo.

El hecho de que la depresión sea un trastorno psicopatológico complejo, caracterizado por la existencia de síntomas tanto somáticos como emocionales, conductuales y cognitivos, nos lleva a considerar la posibilidad de intervenir mediante un abordaje psicológico sobre aquellos aspectos no estrictamente somáticos del síndrome, sin embargo, es necesario primero delimitar un diagnóstico exacto para poder proceder con una intervención psicológica.

## **2.2 Diagnóstico.**

La sección de los trastornos del estado de ánimo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, entre estos se encuentra el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. La asociación de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor es tan elevada que muchos autores se plantean si en realidad son dos trastornos diferentes, como se defiende en los DSM al clasificarlos en dos apartados distintos, o de hecho es una misma patología que varía solo en gravedad y duración, lo cual

significaría que las diferencias son más cuantitativas que cualitativas y que la distimia es una variante del TDM (Vallejo & Gastó, 2000).

Respecto al trastorno distímico el DSM-IV (APA,1994) establece que la característica principal es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años, dicho estado de ánimo es descrito como triste o desanimado. También es necesaria la presencia de otros dos síntomas de los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Quienes presentan trastorno distímico pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana pueden pasar desapercibidos por los demás o no ser referidos y asumirlo como la forma de ser de la persona.

A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no deben ser superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Además es importante tener en cuenta que no se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico; asimismo no se debe establecer el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante, tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica y los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, APA, 1994), el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, para diagnosticar un episodio depresivo mayor, es necesario la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas, cada día durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer, además de (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día, (4) insomnio o hipersomnia casi cada día, (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día, (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día y (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Además es importante tener en cuenta que los síntomas no cumplan el criterio diagnóstico para episodio mixto, que los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, así como que estos no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica, así como la presencia de duelo.

### 2.3 *Epidemiología.*

La depresión se ubica en fechas recientes como un trastorno recurrente, más del 75% de pacientes deprimidos ha padecido más de un episodio depresivo, a menudo con una recaída dentro de los dos años siguientes de la recuperación de un episodio depresivo previo. (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006)

Según el DSM-IV (1994), el trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y

en un 15-25% en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10% de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor.

Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).

El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. De acuerdo al DSM-IV (APA, 1994), los datos sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse.

De acuerdo con Vallejo (2000) diversas investigaciones han encontrado que en personas deprimidas existen precedentes de acontecimientos vitales en los seis meses previos al inicio de la depresión de forma más significativa que en la población general o en otros grupos de pacientes psiquiátricos. A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodio del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores.

Por otra parte en México, y de acuerdo con Medina Mora y otro autores (2003) el índice para los **trastornos afectivos** en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a **episodios depresivos mayores** y 2.5 mujeres por hombre, **distimia** 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1) y un porcentaje menor de episodios de **manía** alcanzando de 1.3% con una diferencia similar entre géneros 1.2:1.

Un análisis de la información obtenida en la encuesta epidemiológica, realizada, permite observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres (Medina Mora et al., 2003).

A pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos, además el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable.

### 3. ANSIEDAD

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha conductas de defensa y que aparece ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro real para el propio sujeto, o que sea interpretada como tal. La ansiedad patológica se diferencia de la normal por su intensidad, pero no por la emoción misma. Es así, que la ansiedad como síntoma representa un continuo desde la emoción normal hasta la patológica, la cual supera los límites adaptativos y afecta el rendimiento y la funcionalidad psicosocial (Vallejo & Gastó, 2000).

Dentro de este capítulo hablaré de la ansiedad patológica, en específico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el cual se caracteriza por una preocupación patológica que va de un tema a otro. La gente con TAG atiende de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores y, por lo general, anticipa resultados negativos a pesar de que exista una escasa probabilidad de que eso ocurra. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad no corresponden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Tan solo mencionar que es improbable la ocurrencia del acontecimiento temido, por lo general no altera la idea de la persona (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Los adultos con TAG a menudo se preocupan por circunstancias cotidianas como posibles responsabilidades laborales, financieras, de salud o familiares. Si bien el contenido de las inquietudes es similar entre quienes padecen TAG y las poblaciones no clínicas, la de los primeros es más profunda. Algunas características asociadas con este trastorno de ansiedad son el afecto negativo, disfunciones somáticas o sexuales y un estilo de personalidad ansioso o dependiente.

La ansiedad, preocupación o síntomas físicos, causan angustia o daño clínicamente significativos en áreas importantes del funcionamiento (ej. laborales y sociales) (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

### 3.1 **Sintomatología.**

Según Vallejo y Gastó (2000), la ansiedad patológica, tanto si forma parte de un síndrome ansioso específico como de otro trastorno psiquiátrico o médico, puede manifestarse a través de diferentes síntomas, que podemos agrupar en varias áreas:

- a) Área Emocional: La ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazantes, aprensión, sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada.
- b) Área cognitiva: Existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginadas del presente o del futuro inmediato (expectación aprensiva) anticipación del peligro de que algo malo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia, y una hiper-vigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales.
- c) Área conductual: Suele estar presente una inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de impotencia y de sobrecarga tensional, que a diferencia del depresivo tiene la capacidad de calmar y relajar al paciente, y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma. Puede también existir agitación psicomotora.
- d) Tensión motora: El sujeto con ansiedad presenta temblores, sobresaltos, estremecimientos o sacudidas musculares, tensión, dolores musculares, cefaleas, debilidad, facilidad de cansancio, incapacidad para relajarse. También se detecta parpadeo frecuente, ceño fruncido, cara tensa y marcha inestable. La característica común subyacente es un aumento del tono muscular estriado.

- e) Área somática: Existe una hiperventilación automática que se traduce en la presencia de síntomas: Cardio-circulatorios (palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, hipertensión arterial), Respiratorios (disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo o asfixia, hiperventilación, suspiros y bostezos), Sensoriales (mareos, sensación de inestabilidad, visión borrosa, midriasis, parestesias, despersonalización-desrealización), Digestivos (disfagia "nudo" en la garganta, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento), Vegetativos (febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas) e Instintivos (insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas, anorexia, hiperfagia).

Si bien la preocupación es un componente básico de todos los trastornos de ansiedad y de otros trastornos del Eje I (Trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; Delirium, Amnesia, Trastornos amnésicos o Trastornos cognoscitivos, Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, Trastornos relacionados con uso de sustancias, Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, Trastornos somatomorfos, Trastornos facticios, Trastornos disociativos, Trastornos sexuales y de la identidad sexual, Trastornos de conducta alimentaria, Trastornos del sueño, Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados, Trastornos adaptativos u otros problemas que pueden ser de atención clínica) la que se presenta en el TAG es más amplia, frecuentemente excesiva e incontrolable. (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006)

De acuerdo con Vallejo y Gastó (2000), la edad de inicio en la que suele presentarse dicho padecimiento es en la adolescencia, aunque puede ser muy variable. El curso comúnmente es crónico, con intensidad fluctuante.

### 3.2 **Diagnóstico.**

La sección de los trastornos de ansiedad del Manual Diagnóstico y Estadístico



de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), incluye la crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, así como el inducido por sustancias y el no especificado.

En este capítulo el diagnóstico de interés es sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994) los criterios diagnósticos para dicho trastorno son: ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (C). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I (Trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; Delirium, Amnesia, Trastornos amnésicos o Trastornos cognoscitivos, Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, Trastornos relacionados con uso de sustancias, Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, Trastornos somatomorfos, Trastornos facticios, Trastornos disociativos, Trastornos sexuales y de la identidad sexual, Trastornos de conducta alimentaria, Trastornos del sueño, Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados, Trastornos adaptativos u otros problemas que pueden ser de atención clínica), como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad

generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (F).

La intensidad, duración o frecuencia de la 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 aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (p. ej., manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, polaquiuria (aumento de la frecuencia miccional), problemas para tragar o quejas de tener «algo en la garganta») y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

También el trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV, 1994).

### 3.3 *Epidemiología.*

De acuerdo al DSM-IV (APA, 1994) el Trastorno de Ansiedad Generalizada es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60% de los diagnósticos se efectúan en mujeres). En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global de ansiedad llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12% de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada (APA, 1994).

En muestras comunitarias 90% de quienes padecen TAG sufre otros trastornos psiquiátricos, y 75% cumple los criterios de otro trastorno de ansiedad o de estado de ánimo; 42% padece depresión mayor o distimia. El abuso de sustancias se presenta en 16% de los individuos con TAG. Los índices de trastornos de personalidad comórbidos se calculan en 50% y abarcan trastornos de la personalidad por evitación, trastornos de personalidad por dependencia y, con mayor frecuencia obsesivo compulsivo (Nezu et al., 2006).

Mediante la información de Medina Mora et al. (2003) se encuentra que

en México los porcentajes de prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad resulta un poco menor que el de la depresión, afectando al 8.3% de la población.

Dentro de un estudio realizado por Caraveo et al. (1999), se informa que en una población de la Ciudad de México de edades entre los 18 y 65 años de edad, el 9.5% ha tenido dos o más trastornos durante su vida. Además de que, dentro de los diagnósticos de los trastornos de ansiedad realizados, el más frecuente es el de ansiedad generalizada, con una prevalencia de vida de 3.4%.

La estimación de prevalencia de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida ha sido menor en la ciudad de México que en otras ciudades de otros países, como Sao Paulo, en Brasil y Ontario en Canadá. Sin embargo, los trastornos de ansiedad han mostrado ser los más críticos. (Caraveo & Colmenares, 2002)

La prevalencia de la ansiedad o de cualquier otro trastorno afectivo a lo largo de la vida es similar en ambos géneros, aunque más frecuentes en la población femenina. (Caraveo & Colmenares, 2002)

Los trastornos de ansiedad son el diagnóstico con la tendencia de incremento anualizado más claro. Las curvas de tendencia actuales nos permiten hacer proyecciones suficientemente confiables para los Trastornos de Ansiedad. Así, en el 2020 se diagnosticarán anualmente cerca de 3,000 personas con Trastorno de Ansiedad. (Monroy, 2010)

#### **4. PSICOTERAPIA EN LÍNEA PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

Como se mencionó anteriormente la psicoterapia vía internet ha ido tomando auge a nivel mundial como modalidad de tratamiento a diversos trastornos mentales y en diferentes poblaciones.

Los estudios de la eficacia del tratamiento totalmente basado en internet para la depresión han producido resultados que muestran un efecto positivo (Clarke et al., 2002; Christensen et al., 2004).

Reger y Gahm (2009) reportan que en su investigación realizada en la que compararon tratamientos para depresión vía internet y de forma presencial, el grupo de tratamiento vía internet mostró menos sintomatología que el grupo control en cualquier instrumento de evaluación utilizado. Después del tratamiento, los participantes que recibieron tratamiento vía internet mostraban menos síntomas que los controles en lista de espera y placebo en todos los tipos de medidas clínicas y cuando todos los resultados fueron analizados juntos. Además, los beneficios de la terapia a través de internet fueron equivalentes/superiores al tratamiento usual en todos los análisis. Los participantes mostraron menos síntomas de depresión después de la terapia vía internet en comparación con el tratamiento usual.

Por otro lado se ha demostrado que es efectivo el tratamiento para la depresión, en programas clínicos de prevención de ansiedad y pánico, basados en Internet, a poblaciones de estudiantes (Christensen et al., 2004).

Proudfoot et al., (2003) informa haber probado un programa de tratamiento de ocho sesiones basada en computadora, para la depresión y la ansiedad y encontró que los usuarios informaron que el programa fue útil, observándose también una reducción en los síntomas de dichos trastornos mentales.

También por medio de estudios aleatorios controlados, se ha demostrado que “la terapia cognitivo conductual breve entregada por Internet, puede ser muy efectiva en la reducción de la depresión (Mackinnon et al., 2008).

En un estudio realizado por Carlbring et al. (2006) en el que se dio terapia cognitivo conductual por Internet, los participantes mejoraron significativamente en las escalas de auto-informe utilizadas; específicamente las sensaciones corporales se redujeron (asociado con la activación que acompaña la ansiedad), así como pensamientos de previsión y catastrofización, y una disminución en la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión. Por último, aumentó la satisfacción general de vida.

Por otro lado, Hirai y Clum (2006) realizaron una meta análisis de la efectividad de varios métodos de auto-ayuda en personas con problemas de ansiedad, incluyendo intervenciones de auto-ayuda asistida por computadora e internet entre otros métodos. Sus resultados sugieren que la auto-ayuda basada en computadora e Internet, es tan efectiva como otras intervenciones.

Una investigación de terapia cognitivo-conductual, basada en internet altamente estructurada y que comprende lecciones en línea, asignación de tareas y comunicación con el terapeuta vía e-mail, teléfono o foro en línea, realizado con participantes que cumplían el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV, de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social; encontró que la efectividad del tratamiento basado en internet es relativa al tratamiento cara-cara, además de que es una modalidad que a pesar de que utiliza tecnología no necesariamente es sólo para gente joven (Titov et al., 2010).

En la Universidad de Sidney, realizaron un estudio con una muestra con diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada, otros trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, en el que se compara la efectividad de diferentes tratamientos para estos trastornos, los cuales son tratamiento en línea, tratamiento farmacológico con un inhibidor de serotonina (sertralina) y

grupo con proporción de placebo; se encontró que hubo diferencia significativa con mayor efectividad del tratamiento en línea con respecto al tratamiento farmacológico, pero sobre todo con respecto al placebo, por otro lado los autores también informan que hubo cambios significativos entre la evaluación pre-test y la post-test (Christensen et al., 2010).

Por su parte Jacmon et al. (2009), proporcionaron tratamiento de depresión vía Internet, encontrando que las personas que concluyeron el tratamiento mostraron un gran decremento en los niveles de depresión y un mantenimiento al menos de 3 meses posteriores a la finalización del tratamiento.

Otros autores han probado el ejercicio de la terapia cognitiva por medio de los equipos de cómputo, encontrando que es tan eficaz como el tratamiento tradicional cara-cara para la depresión. Además el material presentado en una sesión puede proporcionarse a través de internet, lo que permite a los participantes trabajar sobre el tratamiento en casa (Wright et al., 2005).

De la Rosa (2007) reportó su intervención en una muestra mexicana de tratamiento cognitivo conductual vía Internet a pacientes con Trastorno y rasgos de ansiedad, a través de tratamiento vía Internet, en la que hace uso de herramientas como son: el e-mail, chat, conferencia por audio-chat y videoconferencia. También reporta técnicas cognitivo-conductuales, conocidas en la psicoterapia cognitivo-conductual cara-cara, para la formulación de tratamientos psicoterapéuticos como son: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, control de emociones, entrenamiento asertivo, entrenamiento en solución de problemas y desensibilización sistemática. En dicha investigación, se reporta la obtención de resultados satisfactorios mediante dicho tratamiento, mostrando así resultados con diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post realizadas a cada paciente, observándose de este modo una reducción en los niveles principalmente de ansiedad, sin embargo, también se mostró una reducción posterior a la intervención terapéutica en los niveles registrados ante las evaluaciones de rasgos depresivos.

Por otro lado dentro de este mismo contexto sociocultural, Moreno (2009) señala la proporción de tratamiento bajo la modalidad en línea para la atención de déficit en habilidades sociales en la población mexicana, mediante la aplicación de la intervención terapéutica reporta resultados favorables en la evaluación post-tratamiento con una adquisición en habilidades sociales por parte de los pacientes a través del programa de entrenamiento vía Internet, así como una disminución en la incidencia de pensamientos negativos y una disminución en los niveles de ansiedad.

También, Durán (2009) reporta intervenciones satisfactorias en el uso de la psicoterapia Vía Internet para usuarios con problemáticas de ansiedad y depresión, haciendo además una aportación importante para terapeutas de esta modalidad al proponer un manual de estrategias para el tratamiento de duelo o pérdida, mediante la modalidad vía Internet.

En suma, otra aportación importante es la realizada por Frías (2010), quien informa de una mejoría en los usuarios bajo esta modalidad de tratamiento, a partir de los resultados obtenidos en su intervención psicoterapéutica vía internet para diagnósticos de ansiedad y depresión, realizando además un manual de intervención en crisis de ansiedad, vía Internet.

#### **4.1 *Psicoterapia cognitivo conductual vía internet.***

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una intervención psicológica basada en las teorías del aprendizaje y utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la modificación de la conducta, el propósito de dicha terapia es modificar los procesos mediadores además de la conducta observable, basándose en que el aprendizaje anterior produce consecuencias desadaptativas y el propósito de esta psicoterapia es reaprender lo aprendido, logrando consecuencias adaptativas. Los procedimientos de esta terapia son conductuales mientras que el proceso de cambio es principalmente cognitivo (Vallejo & Gastó, 2000).



La tarea del terapeuta desde este enfoque es la de un diagnosticador, evaluando los procesos desadaptativos y consecuentemente, organizando las experiencias de aprendizaje que modifican las cogniciones y, a su vez, los patrones de conducta que se correlacionan con aquellas. El objetivo fundamental de la terapia cognitivo-conductual es la identificación, la evaluación y la modificación de los procesos mediadores, y la conducta que co-varía con ellos (Vallejo & Gastó, 2000).

Este tipo de terapias plantea que las cogniciones afectan las emociones y la conducta, por lo mismo se hace un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, y las técnicas y estrategias utilizadas son tanto cognitivas como conductuales. Son terapias de tipo breve y hay una colaboración entre el paciente y el terapeuta.

Algunas características de la terapia cognitivo-conductual de acuerdo con Vallejo y Gastó (2000) son:

- a) Se hace un análisis de la sintomatología en sus aspectos orgánico, afectivo, cognitivo y conductual, y la comprobación de que la alteración del sistema cognitivo es un factor predominante.
- b) Se realiza una evaluación de la intensidad, duración y frecuencia de la conducta o síntoma mediante escalas específicas.
- c) Se orienta explicando al paciente en qué va a consistir la terapia, el papel del paciente como colaborador y los supuestos teóricos en los que va a basarse la terapia.
- d) También se realiza la definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales, una especificación de los objetivos terapéuticos y del cambio propuesto dentro de este marco.
- e) Así mismo, se realiza un análisis funcional de la conducta, analizando el tipo de cogniciones y pensamientos automáticos que se evocan dentro de situaciones concretas y que el paciente debe explicitar mediante un autorregistro diario.

De acuerdo con Nezu et al., (2006) los meta análisis demuestran que la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el TAG produce mejoras significativas que perduran al menos un año después de terminado el tratamiento. La TCC da por resultado que 77% de los pacientes dejen de presentar los criterios diagnósticos de TAG.

En un estudio se comparó la efectividad de diferentes terapias psicológicas administradas en atención primaria, para trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos, encontrándose que la terapia cognitivo-conductual es altamente efectiva para el tratamiento de estos trastornos (Cape et al., 2010).

También una revisión sistemática de pacientes con ansiedad y depresión muestra resultados favorables en la intervención cognitivo-conductual, mostrando mayor efectividad que otros tratamientos (Coventry & Gellatly, 2008).

Recientes guías de práctica clínica para depresión y ansiedad, recomiendan la terapia cognitivo-conductual (CBT/TCC) como un equivalente, y en algunos casos un tratamiento más efectivo que la medicación y otro tipo de terapias. Estas guías reconocen los estudios realizados por años, controlados aleatoriamente y que demuestran consistentemente la efectividad de la TCC para la depresión y la ansiedad (Macrodimitris et al., 2010).

Es por todo lo anterior que la terapia cognitivo conductual en los últimos años ha adquirido mayor dominio en el tratamiento de trastornos afectivos y de ansiedad, por su alta eficacia; siendo además ésta la que posee características que permiten cierta flexibilidad y ajuste logrando así ser proporcionada mediante la modalidad vía Internet, permitiendo la evaluación sistemática antes y después del tratamiento.

Por otro lado la terapia cognitivo-conductual requiere el poner en práctica lo revisado en terapia, logrando así que el usuario adquiera nuevas habilidades que le permitan una mayor adaptabilidad en su medio.

## 4.2 **Técnicas cognitivo-conductuales usadas vía internet.**

### 4.2.1 **Reestructuración cognitiva:**

Las personas a menudo no estamos conscientes de las ideas que albergamos, en ocasiones muchas de las creencias que poseemos son aprendidas en nuestro núcleo familiar o en la cultura; la técnica de reestructuración cognitiva se centra en identificar primero los pensamientos automáticos distorsionados y suposiciones disfuncionales, ya que como lo planteó Ellis y Abrahms (1986) la mayoría de los problemas emocionales cotidianos provienen de las afirmaciones irracionales que la gente hace sobre sí mismo o sobre las situaciones. Por lo que la reestructuración cognitiva se centra en contrarrestar el pensamiento disfuncional y el auto-habla negativa.

De acuerdo con Beck (1976), las personas con trastornos emocionales padecen un exceso de pensamientos aberrantes, falaces o disfuncionales y eso es lo que causa y agudiza sus problemas.

De acuerdo con Ellis y Dryden (1987) y Beck (1976) entre los distintos tipos de pensamiento disfuncional están los siguientes:

- a) Pensamiento dicotómico, es pensar en términos absolutos de todo o nada.
- b) Inferencia arbitraria, consiste en extraer una conclusión a partir de una evidencia inadecuada o ausencia de evidencia.
- c) Sobregeneralización, es extraer una conclusión general a partir de unos pocos casos.
- d) Magnificación/minimización, se basa en exagerar el sentido o significado de un acontecimiento particular.
- e) Adivinar el futuro, predicción de una respuesta negativa en el futuro.
- f) Descalificación de lo positivo, se minimiza la información positiva que se tiene de la situación o de uno mismo.

- g) Centrándose en lo negativo, se resaltan los aspectos negativos de la situación y se catastrofiza, no se tiene la capacidad de ver los aspectos positivos.
- h) Razonamiento emocional, es real porque se siente.
- i) Perfeccionismo, creer que las cosas tienen que salir perfectas.
- j) Personalización, es la tendencia de atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no hay elementos para considerar esa relación.
- k) Recuerdo selectivo, es un sesgo en la información recordada de la memoria de material negativo y que favorece la depresión.

Por medio de la reestructuración cognitiva se instruye a los usuarios a identificar las distorsiones cognitivas y reemplazarlos con ideas más adaptativas. La reestructuración se centra en desarrollar múltiples perspectivas opcionales más que en el mero acontecimiento negativo temido. Esto implica enseñarles a alterar el procesamiento distorsionado de información, de esta manera se logra que entiendan que es la interpretación de circunstancias amenazadoras, y no las circunstancias mismas, lo que causa la ansiedad o la depresión. Se les enseña a evaluar de forma racional la probabilidad real, en comparación con la posibilidad real, de que ocurra un suceso temido (Nezu et al., 2006).

#### 4.2.2 ***Entrenamiento en relajación:***

La relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo psicológico y lo fisiológico interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. Desde esta perspectiva la activación fisiológica contribuirá tanto a la intensidad como a la cualidad emocional (Caballo, 1991).

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada se utiliza esta técnica, ya que la ansiedad a menudo se acompaña de respiración superficial y rápida, lo que genera una sensación de mareo y aturdimiento. El propósito del reentrenamiento en respiración es evitar esta hiperventilación, mediante

inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes, ya que no es posible experimentar ansiedad y estar relajado al mismo tiempo, estas dos condiciones son respuestas antagónicas (Nezu et al., 2006).

La relajación muscular progresiva, respiración diafragmática y relajación por imágenes positivas guiadas, son algunas técnicas de relajación que pueden utilizarse en la modalidad Vía Internet, se recomienda al usuario que estas se practiquen con frecuencia para disminuir la tensión y reducir los síntomas de ansiedad.

Estas técnicas de relajación constituyen parte importante del proceso terapéutico, ya que minimizan los estresores que impiden enfrentar la situación problemática, así como hacer una evaluación racional de la situación. Un aspecto importante a tener en cuenta es el sentido de control que las técnicas de relajación tienen sobre la ansiedad, mediante la cual cada individuo logra darse cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante la experiencia ansiógena.

Además la práctica de la relajación ayuda a incrementar los niveles de energía y productividad, concentración, memoria, espontaneidad, así como una reducción de la fatiga e insomnio (Amutio, 1998).

#### **4.2.3 *Identificación y control de emociones:***

Una vez que se emplea la técnica de reestructuración cognitiva, se muestra al paciente la forma en que las cogniciones o pensamientos que un individuo tiene ante cada situación generan emociones en la persona, las cuales muchas veces son desconocidas, sin embargo, mediante el tratamiento terapéutico se enfatiza la necesidad de identificar la emoción que genera cada pensamiento, en particular los pensamientos irracionales, y a su vez las sensaciones que esa emoción provoca en la persona, por lo regular desagradables, pudiendo de esta forma darse cuenta que si se modifica el pensamiento la emoción también

cambia. Por otro lado se enseña al paciente que no hay emociones buenas o malas, pero que es importante expresarlas y controlarlas para no dañar a otros.

#### 4.2.4 **Entrenamiento asertivo:**

La conducta asertiva es un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de ese individuo de un modo adecuado o adaptativo a la situación, respetando esas conductas en los demás, lo que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Lega et al., 1997).

La conducta asertiva de un individuo está basada en la capacidad de escoger libremente su actuación, es una característica del comportamiento socialmente eficaz, no dañino. De acuerdo con Lega et al. (1997), la asertividad también implica la aceptación de los derechos humanos básicos, con la ideología de que todos somos iguales en un sentido moral y que nos tenemos que tratar como tales.

De tal manera que el principal objetivo de la asertividad es la comunicación, tener respeto hacia los demás y hacia uno mismo, así como negociar para que ambas partes satisfagan sus necesidades sin la tener que sacrificar la integridad básica de ambas personas.

La conducta asertiva da como resultado la maximización de las consecuencias favorables y la minimización de las consecuencias desfavorables a largo plazo. La no aserción puede provocar sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja auto estima (Lega et al., 1997).

#### 4.2.5 **Entrenamiento en solución de problemas:**

Esta técnica hace hincapié en ayudar a los pacientes a que definan mejor sus problemas y en generar soluciones alternas, contribuyendo a que establezcan respuestas de afrontamiento más adaptativas (Nezu et al., 2006).

Los métodos de solución de problemas se dedican a corregir el razonamiento erróneo, enseñando a la gente cómo actuar usando razonamientos lógicos para solucionar satisfactoriamente problemas personales.

Esta técnica es utilizada principalmente para problemas sociales, ya que es la manera en que un individuo comprende la naturaleza de los problemas vitales y los intentos que hace por modificarlos (Caballo, 1991).

De acuerdo con Caballo (1991) y Nezu et al. (2006), esta técnica consiste en 5 pasos básicos que son:

- *La orientación general*, en la que se anima al usuario a que reconozca los problemas y a que se dé cuenta de que es posible tratar con ellos actuando de forma sistemática en lugar de forma impulsiva.
- *Definición del problema*, es cuando se pide al usuario que especifique el problema, desde su historia hasta las variables que parecen controlarlo.
- *Generación de alternativas*, se incita al usuario a encontrar posibles alternativas de solución, sin importar lo absurdas que parezcan.
- *Toma de decisiones*, se le pide al usuario que examine las alternativas cuidadosamente y elimine aquellas que no le sean útiles; el evaluar lo positivo o negativo ha demostrado que mejora la satisfacción al momento de tomar la decisión, incrementa la probabilidad de mantener las decisiones y permite avanzar hacia elecciones más productivas y con menor remordimiento. A partir de esto el usuario es capaz de tomar su decisión

acerca de la alternativa que probablemente proporcione la solución óptima y diseñar un plan para llevarlo a cabo.

- *Verificación*, una vez que el plan se lleva a cabo, se alienta al usuario a mantener el registro de los progresos para asegurar que se soluciona el problema o realizar cambios a favor de una óptima solución.

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.

#### **4.2.6 Psicoeducación:**

Consiste en informar y explicar al usuario acerca de su diagnóstico y las características que lo conforman, su desarrollo, las variables que lo mantienen, consecuencias a corto y largo plazo, así como clarificar las dudas que el usuario tenga al respecto.



## **5. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **5.1 *Propósitos fundamentales.***

Este trabajo tiene como principal propósito el proporcionar tratamiento psicológico de calidad a personas con ansiedad y/o depresión, bajo la modalidad Vía Internet, alcanzando a una parte de la población con pocas posibilidades para asistir a una psicoterapia cara a cara, para que mediante dicho tratamiento obtengan la reducción en sus niveles de ansiedad y depresión, así como una mejoría en su calidad de vida en general y herramientas que les permitan adaptarse de mejor manera a las diversas situaciones que se presenten.

Mediante este informe también pretendo reportar los resultados obtenidos de dicha intervención terapéutica en los trastornos de ansiedad y depresión en la modalidad Vía Internet, de manera que sean útiles para futuras investigaciones en dicha área.

Por otro lado, otro de mis objetivos es la obtención de experiencia en el uso y aplicación de habilidades cognitivo-conductuales en la práctica clínica mediante una modalidad que en los últimos años ha tomado auge a nivel mundial y que se ajusta a las exigencias actuales de la sociedad.

### **5.2 *Población destinataria.***

La intervención psicoterapéutica en su modalidad Vía Internet, está destinada a pacientes mayores de edad, con padecimientos de ansiedad o depresión en niveles entre leve y moderado y que no requieran medicación psiquiátrica, que a su vez cuentan con los conocimientos para el manejo de las diferentes herramientas que proporciona el Internet.

El presente trabajo se llevó a cabo con tres participantes de sexo femenino, con edades que oscilan entre los 22 y los 27 años, las cuales solicitaron apoyo psicológico de manera voluntaria, mediante el contacto con el servicio del programa de "Psicoterapia vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", con padecimientos de ansiedad y/o depresión, en niveles entre leve y moderado y que previamente se corroboró que tenían los conocimientos sobre el uso de la computadora e Internet.

### **5.3 *Espacio de trabajo.***

El entrenamiento en el programa de psicoterapia en línea, se llevó a cabo dentro del Laboratorio de enseñanza virtual y ciberpsicología, ubicado en el primer piso del edificio B de la Facultad de Psicología de la UNAM, mientras que la intervención terapéutica bajo la modalidad Vía Internet se llevó a cabo con los participantes por medio del equipo y material ubicado dentro del cubículo 18 del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ubicado en el edificio D, de posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM.

### **5.4 *Fases y actividades por las que discurrió el proyecto.***

A continuación se presenta una tabla que muestra las actividades que se realizaron durante tres semestres dentro del proyecto de Informe de Prácticas Profesionales y Servicio Social "Psicoterapia Vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", que conformaron desde el entrenamiento en habilidades para realizar la intervención psicoterapéutica vía Internet, la intervención clínica como tal bajo esta modalidad y el informe de los resultados obtenidos.

*Tabla 1. Fases y actividades por las que discurrió el proyecto de informe de prácticas profesionales.*

No. de semestre	Actividades realizadas
<p><b>Primer semestre</b></p>	<p>Capacitación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención terapéutica vía Internet.</li> <li>▪ Trastorno de depresión y su tratamiento.</li> <li>▪ Trastornos de ansiedad y su tratamiento.</li> <li>▪ Duelo y pérdida.</li> <li>▪ Autoestima.</li> <li>▪ Problemas de pareja.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>▪ Técnicas cognitivo-conductuales.</li> <li>▪ Habilidades terapéuticas.</li> <li>▪ Asistencia a curso de búsqueda bibliográfica en base de datos.</li> <li>▪ Curso con temáticas de sexualidad.</li> </ul>
<p><b>Segundo semestre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención psicoterapéutica (1er. contacto).</li> <li>▪ Intervención psicoterapéutica bajo supervisión.</li> <li>▪ Elaboración del anteproyecto del Informe de Prácticas Profesionales.</li> </ul>
<p><b>Tercer semestre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión y análisis de los resultados obtenidos de la intervención psicoterapéutica de cada usuario.</li> <li>▪ Realización del Informe de Prácticas Profesionales.</li> </ul>

A continuación se describen las actividades realizadas en cada fase del proyecto:

- 1) *Capacitación*: Ésta consistió en proporcionar a los terapeutas los conocimientos y las habilidades terapéuticas necesarias para poder proporcionar tratamiento psicológico a los usuarios, en la modalidad vía Internet. Dicha capacitación se basó en los temas de mayor importancia para el tratamiento como son la historia del desarrollo de la psicoterapia Vía Internet, los trastornos de ansiedad, depresión y su tratamiento, duelo y pérdida, autoestima, problemas de pareja, técnicas cognitivo-conductuales usadas vía Internet, habilidades terapéuticas, temas relacionados con sexualidad; así como la asistencia al curso de búsqueda bibliográfica en bases de datos, con la finalidad de adquirir las herramientas necesarias para la búsqueda de referencias que fueron de utilidad en el proyecto.
- 2) *Atención terapéutica*: Esta actividad abarcó desde contactar a los usuarios candidatos a psicoterapia vía Internet para agendar una primera y única sesión presencial, la cual tiene como objetivo principal conocer el motivo de consulta del paciente y de qué forma le afecta y cómo se ha ido desarrollando, también que el usuario conozca en persona al terapeuta y de este modo favorecer el establecimiento de la alianza de trabajo para el tratamiento, en dicha sesión se lleva a cabo la entrevista inicial, para realizar la ficha de identificación de la persona, conocer el motivo de consulta, la historia clínica del usuario, observar la reacción del usuario ante las diferentes temáticas abordadas sobre su vida, hablar acerca de la modalidad del tratamiento, forma de trabajo, conocer qué expectativas tiene el usuario acerca del tratamiento, acordar el pago del mismo, establecer el horario de las sesiones, que el usuario lea y si está de acuerdo firme un formato de consentimiento en el que acepta las condiciones mediante las cuales se lleva a cabo el tratamiento. Posteriormente se le proporcionan los instrumentos de

evaluación, los cuales se retoman en las tres sesiones subsecuentes, para un mejor entendimiento de la situación del usuario.

- 3) *Intervención psicoterapéutica bajo supervisión*: Esta fase consistió en dar continuidad a partir de la evaluación del caso, previamente realizada, a concretar el diagnóstico y con esto se formuló el plan de tratamiento de cada usuario, tomando en cuenta: la orientación del problema, los síntomas que presenta, conductas, pensamientos y emociones, factores biológicos, ambientales y sociales, factores proximales y distales, información obtenida por las evaluaciones y metas instrumentales.

Posteriormente se realizó la intervención psicológica bajo supervisión clínica, por medio de técnicas cognitivo-conductuales como son: psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnica de relajación por medio de entrenamiento en respiración diafragmática, identificación y control de emociones, entrenamiento asertivo, entrenamiento en solución de problemas. Además se realizaron mediciones continuas, necesarias para evaluar la evolución a través de dicha intervención, como son un auto-registro semanal y la escala de auto-mejoría semanal. Al finalizar la intervención clínica se aplicaron evaluaciones post para medir los niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida y autoestima, lo que permite comparar el cambio en el usuario, antes y después del tratamiento.

Dependiendo de la problemática y la complejidad del caso de cada participante se diseña el plan de tratamiento, es decir, el orden de aplicación de las técnicas así como la duración de la revisión y/o aplicación de cada técnica y simultáneamente del tratamiento en general (No. Total de sesiones). Cada sesión de psicoterapia cognitivo-conductual vía Internet, consta de una duración de noventa minutos, estructurada de la siguiente manera: los primeros 5 a 10 minutos destinados para establecer rapport con el participante, en los 20 minutos posteriores se hace la revisión de las tareas y actividades asignadas en la sesión anterior como el uso del autorregistro y la escala de

autoevaluación de la mejoría, en los 35 minutos subsecuentes se explica la siguiente técnica a revisar y se empieza a implementar, posteriormente se asignan y explican las actividades que realizará entre sesiones aproximadamente en 15 minutos y finalmente se hace el cierre de la sesión en los 10 minutos restantes.

Posterior a cada sesión, el supervisor da retroalimentación al terapeuta después de revisar detalladamente la sesión llevada a cabo con cada participante, mediante la conversación, la escala de auto-mejoría semanal y auto-registro semanal, así como el llenado de la bitácora de cada sesión, en la que se explica lo abordado en toda la sesión, los objetivos, la técnica cognitivo-conductual revisada, información relevante y observaciones, problemas en la sesión, las actividades y tareas asignadas, el objetivo y las actividades de la siguiente sesión, así como dudas planteadas hacia el supervisor acerca de algo en particular del tratamiento.

- 4) *Elaboración del anteproyecto de Informe de Prácticas Profesionales:* Dentro de esta actividad se llevó a cabo la búsqueda de referencias relacionadas con el tema de investigación, con las cuales se realizó el marco teórico del proyecto de Informe de Prácticas Profesionales.
- 5) *Revisión y análisis de los resultados obtenidos de la intervención con cada usuario:* Esta actividad consistió en comparar los datos obtenidos de la evaluación pre con la evaluación post tratamiento, de esta manera se analizó la evolución del padecimiento de cada usuario.
- 6) *Realización del Informe de Prácticas Profesionales:* Consistió en elaborar el contenido total del proyecto, informando de esta manera los resultados obtenidos de las intervenciones terapéuticas a distancia, en la modalidad vía Internet para los trastornos de ansiedad y depresión.

### **5.5 Materiales, instrumentos y recursos para el programa de intervención.**

Para la intervención psicológica vía Internet, se utilizó:

- Una computadora con conexión a Internet
- Audífonos
- Micrófono
- Teléfono
- Software (Microsoft Office)
- Programas de mensajería instantánea: Messenger, Hotmail y Skype.
- Inventarios y cuestionarios de evaluación.
- Formatos de consentimiento.

### **5.6 Estrategias de evaluación.**

Para una mejor evaluación de la situación y del padecimiento del usuario se utilizaron diferentes inventarios y cuestionarios, así como otras herramientas útiles para el diagnóstico e identificación de las variables que lo mantienen, estas fueron:

-Entrevista: El objetivo de esta estrategia es la recabación de información que sea de utilidad para entender la problemática del usuario, llegar a un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento. Mediante la entrevista se realiza la ficha de identificación del usuario la cual consta de los principales datos personales del usuario (p. ej. nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, etc.). Dentro de la entrevista se solicita al usuario que explique su motivo de consulta, de aquello que lo aqueja y la razón por la cual busca ayuda profesional, la cual es obtenida a través de preguntas realizadas por el terapeuta y mediante las cuales se guía la obtención de información con el objetivo de determinar el curso y evolución del problema a través del tiempo para determinar las variables que lo mantienen.

Por medio de la entrevista se realiza la historia clínica del usuario, que consiste en el registro de información obtenida acerca del desarrollo en las diferentes áreas de la vida del usuario como son los familiares que rodean al usuario y su relación con estos, condiciones económicas, área de salud, área afectiva, área laboral y/o académica, área social, entretenimiento u ocio, hábitos de alimentación, sueño y limpieza, así como la percepción que tiene de sí mismo.

-Consentimiento informado: Es un formato que se le presenta al usuario en la entrevista, mediante el cual se explican sus derechos y obligaciones que tiene como usuario del servicio psicológico, por medio de este consentimiento el usuario se compromete a asistir a sesión terapéutica o avisar en caso de no poder asistir, se le informa que las sesiones o al menos la entrevista inicial puede ser grabada en audio y video o ser vista a través de un espejo y que sólo será observada por terapeutas o estudiantes avanzados de la carrera, así mismo, que sus datos e información son de carácter confidencial, la importancia de contestar los cuestionarios que el programa solicita, también el compromiso del usuario para elaborar las actividades asignadas entre sesiones, así como la importancia de contestar los cuestionarios requeridos a través de los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses de haber concluido formalmente el tratamiento, por último se le informa que su caso está bajo supervisión clínica.

-Autobiografía: Es la redacción por parte del usuario de los aspectos que considera importantes en su vida, esta información permite corroborar lo obtenido por medio de la entrevista inicial, así como obtener información que pudo ser omitida por el usuario en la entrevista y que puede ser relevante en el tratamiento.

-Autorregistro semanal: Consiste en registrar diferentes aspectos que permitan evaluar la evolución del usuario a través del tratamiento, como son las situaciones que le causan malestar, el pensamiento que tiene ante esa



situación, las emociones que le genera, detectar si tuvo sensaciones físicas, lo que hizo ante la situación y la proposición de alternativas ante dicha situación.

-Escala de auto-evaluación semanal: Es la evaluación por parte del paciente de cómo se siente en general, asignando un valor por semana, lo cual sirve para comparar su situación desde la primera sesión y hasta la última.

-Establecimiento de metas de tratamiento: Se basa en pedirle al usuario que plantee los logros a los que quiere llegar mediante el tratamiento psicoterapéutico, de modo que el usuario haga conciencia de aquellos aspectos que son necesarios modificar para su propio bienestar, evaluando la importancia que para él tienen, así como que sean planteadas objetivamente y por tanto sean realizables; esta acción ayuda también a evaluar el progreso en la terapia, así como enseñar al usuario que para llegar a la meta final es necesario lograr metas menores anteriormente, este formato se revisó cada mes y conforme se cumplían las metas propuestas por el usuario.

-Inventario de exploración clínica: Es un cuestionario en el que se pregunta de manera general los datos clínicos del usuario, el motivo de consulta, también permite evaluar diversas áreas de la persona como son la problemática que lo aqueja, presencia de síntomas, la forma en que se ha desarrollado, área laboral, familiar, social, de ocio y relación de pareja. Por medio de este inventario se compara la información que proporciona éste con la información arrojada en la entrevista. Es un cuestionario de tipo cualitativo de tipo descriptivo (Caballo & Salazar, 2005; adaptado por Psicoterapia Vía Internet, 2007)

-Cuestionario de creencias personales: Es una escala de auto-reporte del pensamiento irracional, el cuestionario original consta de 60 ítems, que contenía reactivos acerca de principios básicos, catastrofizar, debieras autodirigidos, debieras directos, baja tolerancia a la frustración, y auto valía. (Berger & Kassino, 1981) Posteriormente fue modificado reduciendo a 50 ítems, eliminando la subescala de principios básicos y con una escala de calificación de seis puntos. (Berger, Cirillo & Kassino, 1982). La adaptación

del instrumento para Psicoterapia Vía Internet, utiliza 25 ítems con una escala de calificación de seis puntos. (Adaptado por Psicoterapia Vía Internet, 2007)

Los siguientes inventarios fueron utilizados en las mediciones pre y post tratamiento, así como en los seguimientos a tres, seis y doce meses.

-Inventario de Ansiedad de Beck: Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el síndrome de ansiedad, consta de 21 ítems que representan síntomas de ansiedad, lo que permiten la evaluación de los niveles de ansiedad en el usuario al valorar la severidad de cada síntoma en una escala de 0 a 3. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Este inventario es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. (Beck, 1988) La versión adaptada y validada para México fue elaborada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), con un índice de consistencia interna de 0,83 en adultos.

-Inventario de depresión de Beck: Evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión, presenta un alto porcentaje de ítems cognitivos, en consonancia con la teoría cognitiva de Beck. Consta de 21 ítems que evalúan síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Este inventario es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. (Beck, 1961) La validación de la versión en español del BDI para población mexicana la llevó a cabo Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) con un índice de consistencia interna de 0,87 en adultos.

-Cuestionario de autoestima "Yo como persona": Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el nivel de autoestima, identificando su autoevaluación, la cual influye en las cogniciones y emociones del usuario. A través de la autoestima positiva se busca evaluar la autoestima alta, seguridad y autoconcepto; mediante la autoestima negativa se evalúan problemas de personalidad, autoconcepto e inseguridades. El inventario consta de 17 ítems cuya severidad es valorada por una escala del 4 al 1. El puntaje mínimo para la autoestima negativa es de 8 y para la autoestima positiva es de 9, el puntaje

máximo para la autoestima negativa es de 32 y para la autoestima positiva es de 36. (Reidl, 2006)

-Cuestionario de calidad de vida y salud: Este cuestionario evalúa fundamentalmente la calidad de vida y de salud de los usuarios, fue diseñado para población mexicana y posee una consistencia interna total de 0,90 (alfa de Cronbach) para pacientes crónicos.

El inventario consta de 57 ítems y posee tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de "nunca" a "siempre"; y c) visual sobre una recta continua con extremos de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). A los reactivos se les asigna un valor de 0 a 5 puntos.

A continuación se abordan las áreas que evalúa el instrumento con un reactivo de muestra:

*-Preocupaciones:* Se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como "Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo, por mi enfermedad".

*-Desempeño Físico:* Se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, como "Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos".

*-Aislamiento:* Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo, "Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes".

*-Percepción Corporal:* Se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe la persona, como "Me da pena mi cuerpo".

-*Funciones Cognitivas*: Revisa la presencia de problemas en funciones como la memoria y la concentración, ejemplo “Se me olvida en dónde puse las cosas”.

-*Actitud ante el Tratamiento*: Revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento psicológico, “Me fastidia estar en tratamiento”.

-*Tiempo Libre*: Explora la percepción del usuario sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas, como “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”.

-*Vida Cotidiana*: Revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir del padecimiento, por ejemplo “Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida”.

-*Familia*: Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”.

-*Redes Sociales*: Explora los recursos humanos con que cuenta la persona para resolver problemas, como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”.

-*Dependencia Terapéutica*: Se refiere al grado en que el usuario deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el terapeuta, como “No me importa qué tengo, sólo quiero que el psicólogo me cure”.

-*Relación con el terapeuta*: Se refiere al grado en que el usuario se siente cómodo con la atención del terapeuta, como “Me gusta hablar con el terapeuta sobre mi enfermedad”.

El inventario también incluye una sección de cuatro reactivos sobre información o comentarios generales y sobre situaciones transitorias que pudieran afectar los resultados de la escala (disgustos, problemas de salud, muerte de alguien cercano, separación, etc.); así como comentarios generales

sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos sociodemográficos.

La evaluación de la prueba es en función de los cambios otorgados por el tratamiento, evaluados por aplicación pre y post. A menor puntaje menor calidad de vida y viceversa. (Riveros, Sánchez-Sosa & Andrew; 2007)

## 6. RESULTADOS

Uno de los objetivos de este trabajo es el dar a conocer los resultados obtenidos a partir de una intervención cognitivo-conductual Vía Internet con tres estudios de caso, con la finalidad de contribuir a futuras investigaciones sobre esta modalidad; por otro lado, mediante las herramientas adquiridas a través del tratamiento, se pretende evaluar la evolución de cada participante en su calidad de vida en general, niveles de ansiedad, depresión y autoestima.

Los siguientes resultados fueron obtenidos, mediante evaluaciones pre-tratamiento frente pos-tratamiento, con tres participantes de sexo femenino, con edades que oscilan entre los 22 y los 27 años, las cuales solicitaron apoyo psicológico de manera voluntaria, mediante el contacto con el servicio del programa de "Psicoterapia vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", con padecimientos de ansiedad y/o depresión, en niveles entre leve y moderado, que previamente se corroboró que cumplían con los conocimientos sobre el uso de la computadora e Internet, las cuales finalizaron el tratamiento y fueron dadas de alta. A continuación se presentan las puntuaciones que presentaron antes y después de su respectivo tratamiento.

### ***Participante No. 1.***

Sexo: femenino

Edad: 27 años

Motivo de consulta: Menciona sufrir maltrato familiar, no estar satisfecha con su relación de pareja y sentirse muy triste.

Diagnóstico formal: Trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico informal: Déficit de asertividad, baja autoestima, déficit en habilidades de afrontamiento y violencia de pareja.

No. de sesiones: 19

En la siguiente tabla se muestra el orden en que se proporcionó el tratamiento, las sesiones utilizadas para cada técnica o herramienta en el tratamiento del participante No.1

*Tabla 2. Tratamiento proporcionado a la participante No. 1.*

Técnica o herramientas utilizadas	No. De sesiones empleadas
Evaluación, diagnóstico, psicoeducación y establecimiento de metas de tratamiento	3
Identificación y control de emociones, actividades placenteras.	2
Relajación por respiración diafragmática	1
Asertividad	4
Reestructuración cognoscitiva	5
Autoestima	2
Solución de problemas	1
Cierre	1

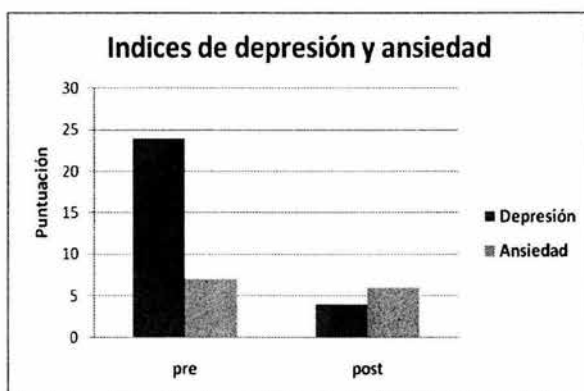
A continuación se muestra una tabla con los valores respectivos a las evaluaciones pre y post tratamiento de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, del usuario No.1.

*Tabla 3. Puntuaciones pre y post tratamiento en ansiedad y depresión, de la participante No.1.*

Evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Inventario de Depresión de Beck	24	4
Inventario de Ansiedad de Beck	7	6

En la siguiente gráfica se pueden comparar las puntuaciones antes y después del tratamiento, de los niveles de ansiedad y depresión de acuerdo al Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. En dicha gráfica se observan diferencias entre las puntuaciones pre y post tratamiento para depresión pasando de una puntuación de moderada a mínima, con la reducción de 20 puntos, y para ansiedad manteniendo una puntuación mínima con la reducción de un punto.

*Gráfica 1. Puntuaciones pre y post de depresión y de ansiedad de la participante No.1.*



Nota. Puntajes pre y post de depresión (24, 4) y de ansiedad (7, 6) de la participante No. 1.

En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones obtenidas en las áreas de evaluación pre y post tratamiento de calidad de vida, del usuario No.1. En el área de calidad de vida, bienestar y salud es importante mencionar que la puntuación máxima posible a obtener es de 5.

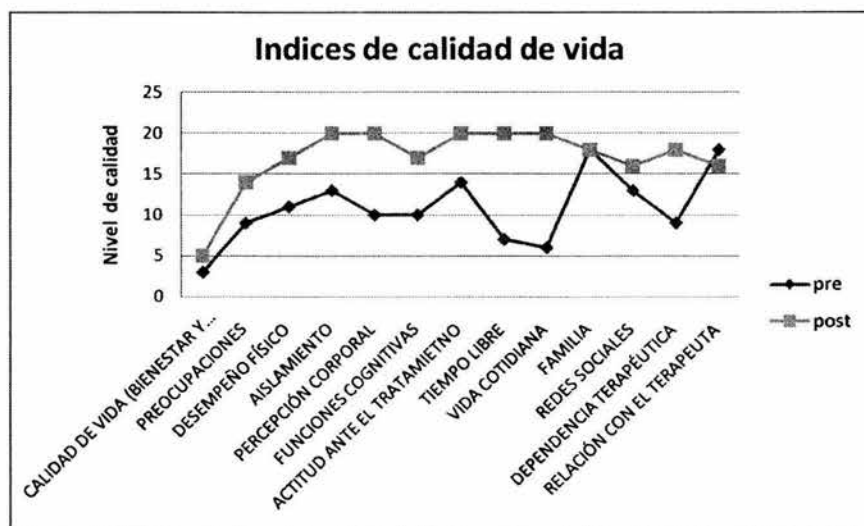


Tabla 4. Puntuaciones pre y post tratamiento en calidad de vida de la participante No.1.

Área evaluada	Pre tratamiento	Post tratamiento
Calidad de vida, bienestar y salud (puntuación max.= 5)	3	5
Preocupaciones	9	14
Desempeño físico	11	17
Aislamiento	13	20
Percepción corporal	10	20
Funciones cognitivas	10	17
Actitud ante el tratamiento	14	20
Tiempo libre	7	20
Vida cotidiana	6	20
Familia	18	18
Redes sociales	13	16
Dependencia terapéutica	9	18
Relación con el terapeuta	18	16
<b>Total (min=0, max=240)</b>	<b>141</b>	<b>216</b>

A continuación se muestra la gráfica de las puntuaciones anteriores, mediante esta se puede observar el cambio en su calidad de vida en las diferentes áreas evaluadas, mostrando una mejoría o mantenimiento en estas.

Gráfica 2. Puntajes pre y post tratamiento en las áreas evaluadas de calidad de vida.



Nota. Puntajes pre y post por área CVBS (3, 5), P (9, 14), DF (11,17), A (13,20), PC (10, 20) FC (10, 17), AT (14, 20), TL (7, 20), VC (6, 20), F (18, 18), RS (13, 16), DT (9, 18) y RT (18, 16); total (141, 216) de la participante No.1.

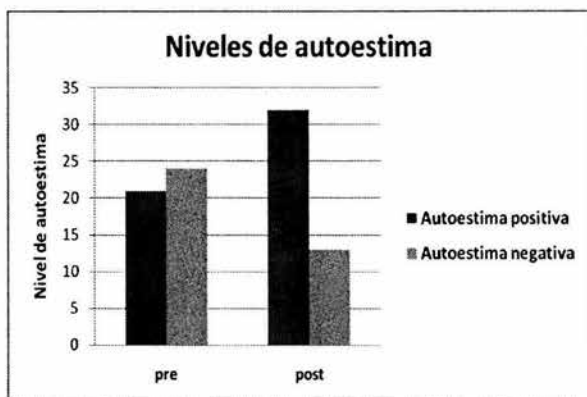
A continuación se presenta una tabla que contiene las puntuaciones de los niveles de autoestima positiva y negativa, evaluadas antes y después del tratamiento, del usuario No.1. Es importante tomar en cuenta que la puntuación mínima para la autoestima positiva es de 9 puntos y la máxima de 36 puntos, mientras que para la autoestima negativa la puntuación mínima es de 8 puntos y la máxima es de 32 puntos.

Tabla 5. Puntuaciones de autoestima positiva y negativa pre y post tratamiento, de la participante No.1.

Evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Autoestima positiva	21	32
Autoestima negativa	24	13

En la siguiente gráfica se puede observar la mejoría a partir de las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento del usuario No.1. Obteniendo un aumento en la autoestima positiva de 11 puntos y una disminución de la autoestima negativa de 11 puntos.

*Gráfica 3. Niveles de la evaluación pre y post tratamiento de autoestima.*



Nota. Puntajes pre y pos de Autoestima positiva (21, 32) de autoestima negativa (24, 13), de la participante No. 1.

A continuación se muestra la gráfica de los puntajes de mejoría del usuario, obtenidos semanalmente y mediante el cual se puede observar la evolución del usuario en la intervención psicoterapéutica, en dicha evaluación la puntuación máxima posible es de 7.

Gráfica 4. Puntuación de mejoría semanal de la participante No. 1.



### Participante No. 2.

Sexo: femenino

Edad: 22 años

Motivo de consulta: Refiere "me siento muy triste, no puedo estar contenta nunca y no puedo dejar atrás mi relación destructiva".

Diagnóstico formal: Trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico informal: Baja autoestima, déficit de asertividad y síntomas de ansiedad.

No. De sesiones: 14

En la siguiente tabla se muestra el orden en que se proporcionó el tratamiento, las sesiones utilizadas para cada técnica o herramienta, para el participante No.2.

*Tabla 7. Tratamiento proporcionado a la participante No. 2.*

Técnica o herramientas utilizadas	No. De sesiones empleadas
Evaluación, diagnóstico, psicoeducación y establecimiento de metas de tratamiento	4
Reestructuración cognoscitiva	4
Identificación y control de emociones y actividades placenteras	1
Asertividad	2
Autoestima	1
Solución de problemas	1
Cierre	1

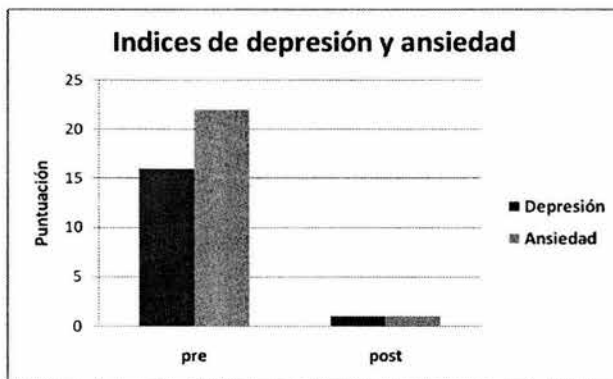
A continuación se muestra una tabla con los valores respectivos a las evaluaciones pre y post tratamiento de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, del usuario No.2.

*Tabla 8. Puntuaciones pre y post tratamiento en ansiedad y depresión, de la participante No.2.*

Evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Inventario de Depresión de Beck	16	1
Inventario de Ansiedad de Beck	22	1

En la siguiente gráfica se pueden comparar las puntuaciones antes y después del tratamiento de los niveles de ansiedad y depresión de acuerdo al Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. En dicha gráfica se observan diferencias entre las puntuaciones pre y post tratamiento para depresión pasando de una puntuación de leve a mínima, con la reducción de 15 puntos, y para ansiedad pasando de una puntuación de moderada a mínima con la reducción de 21 puntos.

Gráfica 5. Puntuaciones pre y post de depresión y de ansiedad de la participante No.2



Nota. Puntajes pre y post de depresión (16, 1) y de ansiedad (22, 1) de la participante No. 2.

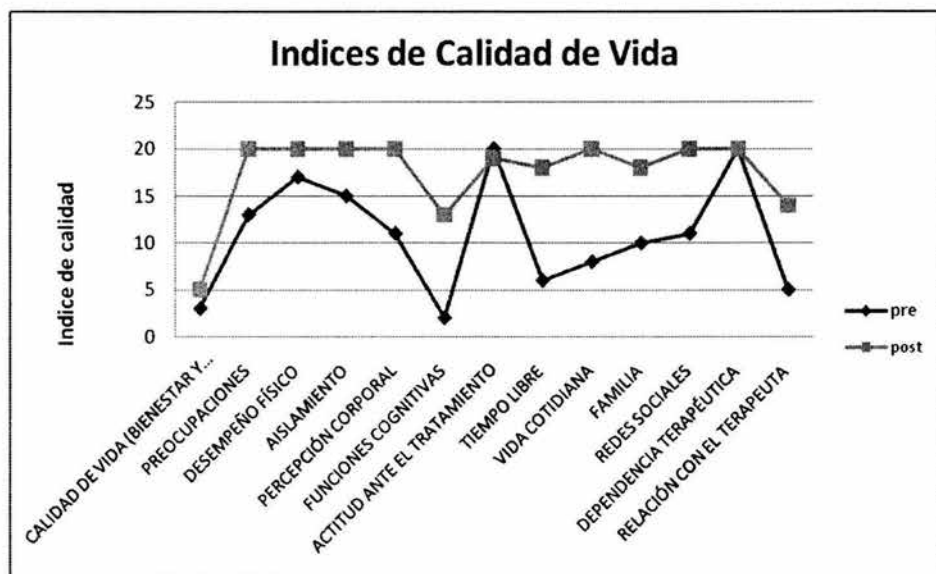
En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre y post tratamiento de calidad de vida del usuario No.2. En el área de calidad de vida, bienestar y salud, es importante mencionar que la puntuación máxima posible a obtener es de 5.

Tabla 9. Puntuaciones pre y post tratamiento en calidad de vida de la participante No.2.

Área evaluada	Pre tratamiento	Post tratamiento
Calidad de vida, bienestar y salud (puntuación max.= 5)	3	5
Preocupaciones	13	20
Desempeño físico	17	20
Aislamiento	15	20
Percepción corporal	11	20
Funciones cognitivas	2	13
Actitud ante el tratamiento	20	19
Tiempo libre	6	18
Vida cotidiana	8	20
Familia	10	18
Redes sociales	11	20
Dependencia terapéutica	20	20
Relación con el terapeuta	5	14
<b>Total (min=0, max=240)</b>	<b>141</b>	<b>227</b>

A continuación se muestra la gráfica de las puntuaciones anteriores, mediante esta se puede observar el cambio en su calidad de vida en las diferentes áreas evaluadas, mostrando una mejoría o mantenimiento en estas.

Gráfica 6. Puntajes pre y post tratamiento en las áreas evaluadas de calidad de vida.



Nota. Puntajes pre y post, CVBS (3, 5), P (13, 20), DF (17, 20), A (15, 20), PC (11, 20) FC (2, 13), AT (20, 19), TL (6, 18), VC (8, 20), F (10, 18), RS (11, 20), DT (20, 20) y RT (5, 14); total (141, 227) de la participante No.2.

A continuación se presenta una tabla que contiene las puntuaciones de los niveles de autoestima positiva y negativa, evaluadas antes y después del tratamiento, del usuario No.2. Es importante tomar en cuenta que la puntuación mínima para la autoestima positiva es de 9 puntos y la máxima de 36 puntos, mientras que para la autoestima negativa la puntuación mínima es de 8 puntos y la máxima es de 32 puntos.

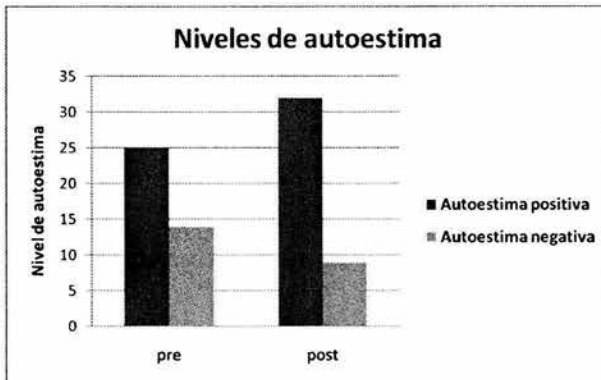
Tabla 10. Puntuaciones de autoestima positiva y negativa pre y post tratamiento de la participante No.2.

Evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Autoestima positiva	25	32
Autoestima negativa	14	9



En la siguiente gráfica se puede observar la mejoría a partir de las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento del usuario No.2. Obteniendo un aumento en la autoestima positiva de 7 puntos y una disminución de la autoestima negativa de 5 puntos. En este caso en particular se observa que la participante logró la puntuación máxima de autoestima positiva y la puntuación mínima de autoestima negativa.

Gráfica 7. Niveles de la evaluación pre y post tratamiento de autoestima.



Nota. Puntajes pre y post de autoestima positiva (25, 32) y niveles de la evaluación pre y post tratamiento de autoestima negativa (14, 9), de la participante No. 2.

A continuación se muestra la gráfica de los puntajes de mejoría del usuario, obtenidos semanalmente y mediante el cual se puede observar la evolución del usuario en la intervención psicoterapéutica, en dicha evaluación la puntuación máxima posible es de 7.

Gráfica 8. Puntuación de mejoría semanal de la participante No. 2



### Participante No. 3.

Sexo: femenino

Edad: 27 años

Motivo de consulta: Refiere "Me mudé a Japón a realizar mi maestría, desde hace 4 meses y no logro adaptarme, he subido 13 kg, estoy desesperada".

Diagnóstico formal: Trastorno Adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, agudo.

Diagnóstico informal: Déficit en el control de ansiedad y en la ingesta de alimentos, insatisfacción corporal, síntomas depresivos sin cubrir el criterio diagnóstico de Trastorno depresivo mayor.

No. De sesiones: 12

En la siguiente tabla se muestra el orden en que se proporcionó el tratamiento, las sesiones utilizadas para cada técnica o herramienta, para el participante No.3.

*Tabla 12. Muestra el tratamiento proporcionado de la participante No. 3.*

Técnica o herramientas utilizadas	No. De sesiones empleadas
Evaluación, diagnóstico, psicoeducación y establecimiento de metas de tratamiento	2
Relajación por respiración diafragmática	1
Identificación y control de emociones	1
Reestructuración cognoscitiva	3
Solución de problemas	1
Asertividad	1
Autoestima	2
Cierre	1

A continuación se muestra una tabla con los valores respectivos a las evaluaciones pre y post tratamiento de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, del usuario No.3.

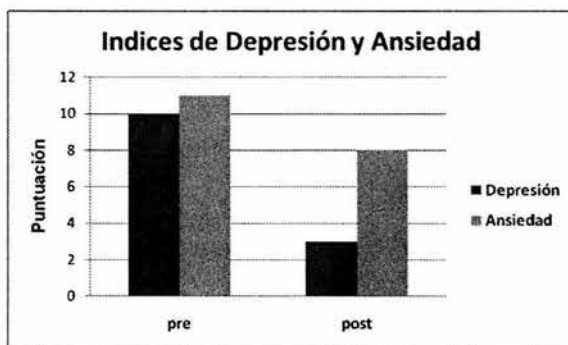
*Tabla 13. Puntuaciones pre y post tratamiento en ansiedad y depresión, de la participante No.3.*

Evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Inventario de Depresión de Beck	10	3
Inventario de Ansiedad de Beck	11	8

En la siguiente gráfica se pueden comparar las puntuaciones antes y después del tratamiento de los niveles de ansiedad y depresión de acuerdo al

Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. En dicha gráfica se observan diferencias entre las puntuaciones pre y post tratamiento para depresión pasando de una puntuación de leve a mínima, con la reducción de 7 puntos, y para ansiedad pasando de una puntuación de leve a mínima con la reducción de 3 puntos.

Gráfica 9. Puntuaciones pre y post de depresión y de ansiedad de la participante No. 3.



Nota. Puntajes pre y post de depresión (10, 3) y de ansiedad (11, 8), de la participante No.3.

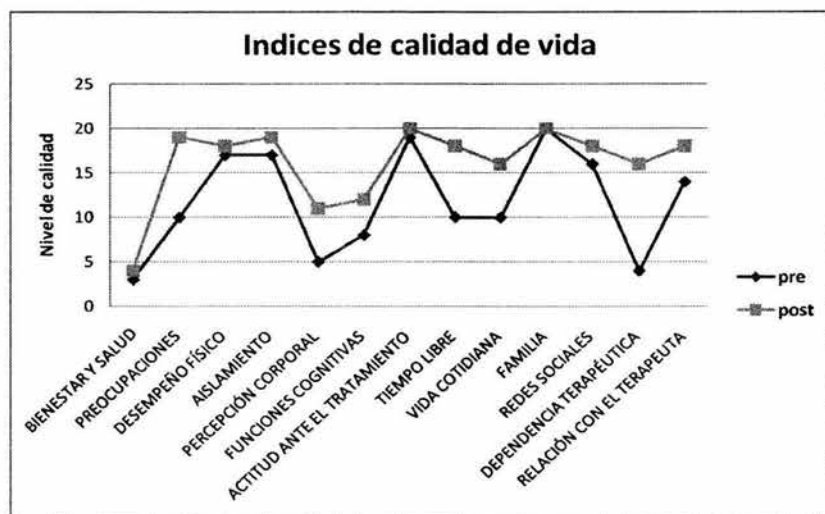
En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre y post tratamiento de calidad de vida del usuario No.3. En el área de calidad de vida, bienestar y salud es importante mencionar que la puntuación máxima posible a obtener es de 5.

Tabla 14. Puntuaciones pre y post tratamiento en calidad de vida de la participante No.3.

Area evaluada	Pre- tratamiento	Post- tratamiento
Calidad de vida, bienestar y salud (puntuación max.= 5)	3	4
Preocupaciones	10	19
Desempeño físico	17	18
Aislamiento	17	19
Percepción corporal	5	11
Funciones cognitivas	8	12
Actitud ante el tratamiento	19	20
Tiempo libre	10	18
Vida cotidiana	10	16
Familia	20	20
Redes sociales	16	18
Dependencia terapéutica	4	16
Relación con el terapeuta	14	18
<b>Total (min=0, max=240)</b>	<b>198</b>	<b>209</b>

A continuación se muestra la gráfica de las puntuaciones anteriores, mediante esta se puede observar el cambio en su calidad de vida en las diferentes áreas evaluadas, mostrando una mejoría o mantenimiento en estas.

Gráfica 10. Puntajes pre y post tratamiento en las áreas evaluadas de calidad de vida.



Nota. Puntajes pre y post, CVBS (3, 4), P (10,19), DF (17, 18), A (17, 19), PC (5, 11) FC (8, 12), AT (19, 20), TL (10, 18), VC (10, 16), F (20, 20), RS (16, 18), DT (4, 16) y RT (14, 18); total (198, 209) de la participante No.3.

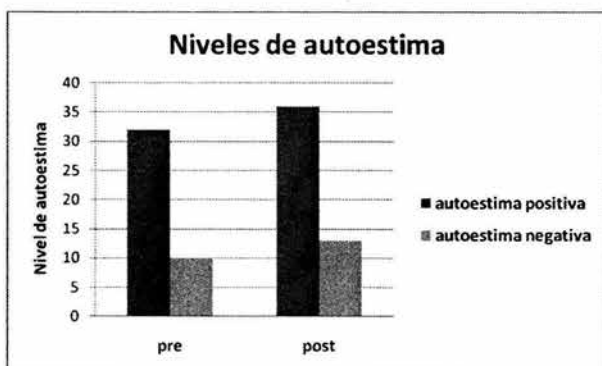
A continuación se presenta una tabla que contiene las puntuaciones de los niveles de autoestima positiva y negativa, evaluadas antes y después del tratamiento, del usuario No.3. Es importante tomar en cuenta que la puntuación mínima para la autoestima positiva es de 9 puntos y la máxima de 36 puntos, mientras que para la autoestima negativa la puntuación mínima es de 8 puntos y la máxima es de 32 puntos. Cabe destacar en este caso la participante logró un incremento en su autoestima positiva hasta la puntuación máxima posible.

Tabla 15. Puntuaciones de autoestima positiva y negativa pre y post tratamiento, de la participante No.3.

Evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Autoestima positiva	32	36
Autoestima negativa	10	13

En la siguiente gráfica se puede observar la mejoría a partir de las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento del usuario No.3. Obteniendo un aumento en la autoestima positiva de 4 puntos y un aumento de la autoestima negativa de 3 puntos.

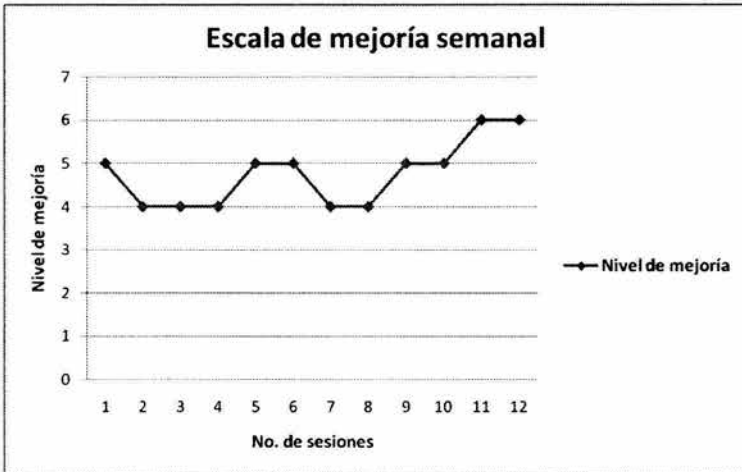
Gráfica 11. Niveles de la evaluación pre y post tratamiento de autoestima.



Nota. Puntajes pre y post de autoestima positiva (32, 36) y de autoestima negativa (10, 13), de la participante No. 3.

A continuación se muestra la gráfica de los puntajes de mejoría del usuario, obtenidos semanalmente y mediante el cual se puede observar la evolución del usuario en la intervención psicoterapéutica, en dicha evaluación la puntuación máxima posible es de 7.

Gráfica 12. Puntuación de mejoría semanal de la participante No. 3.





## 7. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados informados anteriormente se encuentran similitudes con investigaciones previas; al igual que diversos autores presentados en el meta análisis de Heilman, Kállay y Miclea (2010), con De la Rosa (2007), Durán (2009) y de acuerdo con Frías (2010) en cuanto a los niveles de ansiedad, se observa un decremento sustancial como resultado de la intervención cognitivo conductual vía Internet (*Véase Gráficas No. 1, 5 y 9*), así mismo de acuerdo a la evaluación post tratamiento de esta intervención se observa una reducción de los síntomas, específicamente las sensaciones corporales de ansiedad, lo cual concuerda con lo reportado por Reger y Gahm (2009), Proudfoot (2003) y, Carlbring et al. (2006) después de haber proporcionado tratamiento vía Internet, en su investigación.

Por otro lado, de acuerdo con lo informado por Mackinnon (2008), diversos autores revisados en el meta análisis de Heilman, Kállay y Miclea (2010), Proudfoot (2003), Jacmon et al. (2003), Durán (2009) y Frías (2010) se observan resultados similares entre las intervenciones de dichos estudios y el presente informe, obteniendo un efecto de reducción de la depresión, posterior a la entrega de tratamiento cognitivo-conductual en la modalidad vía Internet (*Véase Gráficas No. 1, 5 y 9*), así como un mantenimiento al menos de 3 meses posteriores a la finalización del tratamiento.

Así mismo se observan similitudes con lo informado por Carlbring et al. (2006) en cuanto a una disminución de la previsión y catastrofización por parte de los usuarios al finalizar el tratamiento y un aumento en la satisfacción de su calidad de vida general. (*Véase Gráficas No. 2, 6 y 10*)

Dentro de la evaluación de calidad de vida y salud en el área de dependencia terapéutica, los resultados esperados son un mantenimiento o una baja de los puntajes en la evaluación post tratamiento de esta área, sin embargo, este inventario está diseñado con reactivos positivos y negativos, el área de dependencia terapéutica está conformada por reactivos negativos, de

tal modo que dentro de la forma de calificación, los resultados se ajusten a una sola interpretación, a mayor puntuación mayor calidad de vida; con lo que los resultados esperados dentro de esta área es que dicha puntuación se mantenga o aumente en la evaluación post tratamiento en comparación con la pre. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que en los tres casos reportados se obtuvieron resultados satisfactorios. (Véase Gráficas No. 2, 6 y 10)

En este mismo inventario otra de las áreas que se evalúa es la relación con el terapeuta y al igual que todas las áreas evaluadas, los resultados esperados en la evaluación post tratamiento es que los puntajes se mantengan o aumenten, sin embargo, en el caso de la participante No.1 se observa una reducción de dos puntos en esta área (véase gráfica No. 2); para tratar de esclarecer este resultado por un lado, se encuentra que dentro del área de relación con el terapeuta se plantea en un reactivo el hecho de que cada participante requiera atención psicológica constantemente a lo cual responde esta participante con una menor necesidad en comparación al inicio del tratamiento, debido a que después del tratamiento cuenta con mayores recursos y herramientas que le permiten afrontar de una manera más adaptativa las diferentes situaciones que se le presenten, por otro lado un punto importante a destacar en las puntuaciones de esta área comparando los resultados de las tres participantes es que la No. 1 es quien tuvo una puntuación mayor en la evaluación pre, lo cual desde mi punto de vista terapéutico se obtuvo por una mayor apertura y adherencia terapéutica desde la primera sesión (entrevista) con esta participante y que en concordancia con las respuestas proporcionadas en esta evaluación de las tres participantes y su apertura en la entrevista inicial, las participantes No.2 y No.3 no mostraron una evaluación del todo positiva hacia su necesidad de recurrir a un terapeuta para hablar de sus problemáticas y que en estos dos casos el aumento de sus puntuaciones es debido a una mayor adherencia al tratamiento a lo largo del proceso terapéutico así como a la obtención de un cambio en su percepción sobre asistir a un tratamiento psicológico.

En el caso de la participante No. 2 lo anteriormente mencionado concuerda con otro resultado obtenido dentro de la evaluación de calidad de

vida y salud, en el área de actitud ante el tratamiento en donde la paciente bajó un punto en la evaluación post en comparación con la pre (véase *Gráfica No.6*), dicho resultado es a partir de un reactivo en el cual la paciente mostró un punto en cuanto a su desagrado de asistir a un tratamiento psicológico, y que una vez realizado el cierre del tratamiento la participante argumentó: "me siento mal por no haberme dado cuenta yo sola y que tuve que acudir con el psicólogo", sin embargo, este aspecto se trabajó en la última sesión.

En cuanto a la evaluación de mejoría semanal en el caso particular de la participante No.2, se puede observar a partir de la sesión 10 un decremento en su nivel de mejoría (véase *Gráfica No.8*), dentro de esta sesión se empezaron a trabajar aspectos de su autoestima y asertividad, entre otras cosas se dio cuenta de cómo se daba la relación con su ex novio para que ella se mantuviera dentro de esta y cómo su falta de asertividad contribuía a que esto se siguiera presentando, dentro de estas sesiones la participante decidió sobre un aspecto importante que fue tomar la elección de mantenerse o alejarse de esa relación pasada y asumir las consecuencias de su decisión, la participante decidió alejarse y fue un paso difícil de afrontar, sin embargo, se mantuvo firme en su decisión y en algunos momentos estuvo a punto de no seguir adelante con su elección, por dichas razones su mejoría se vio mermada ya que teniendo en cuenta que anteriormente tenía un pensamiento catastrófico y negativo por su padecimiento, al respecto de esta situación pensaba que no lo lograría.

Dentro de las evaluaciones aplicadas y los resultados que estas arrojaron podemos observar que en cuanto a la autoestima se refiere esta se evalúa en dos áreas, positiva y negativa, la primera haciendo referencia a la autoestima alta, seguridad y autoconcepto, la segunda hace referencia a problemas de personalidad, otros aspectos del autoconcepto e inseguridades; por lo que los resultados en esta evaluación son que la autoestima positiva aumente y la negativa disminuya lo cual se logró en los casos de las participantes No. 1 y 2 (véase *Gráficas No. 3 y 7*), sin embargo, en el caso de la participante No.3 se puede observar que la autoestima positiva aumentó pero que la autoestima negativa también (véase *Gráficas No. 11*), este resultado se da

debido a que en el caso de esta participante se trabajó el control de ansiedad y un aspecto importante es que debido a su ansiedad había aumentado de peso por su alta ingesta de alimentos calóricos, algo con lo cual se sentía inconforme y que afectaba su autoestima y aceptación porque anteriormente a su viaje estaba baja de peso, sin embargo, este aspecto a pesar de haberse logrado un mayor control sobre la ansiedad e ingesta de alimentos, era un proceso que requería de mayor tiempo para que ella bajara de peso y por tal motivo se ve afectada la evaluación de autoestima negativa en el post tratamiento, ya que no se sentía satisfecha con su condición física.

Por otro lado, a partir de la intervención realizada se observó que algunos de los principales beneficios son la auto-revelación que ofrece la invisibilidad del terapeuta, es decir, se observa una mayor apertura por parte de los usuarios a contar sus experiencias y problemáticas cuando la sesión se lleva a cabo por medio de chat.

Por medio de esta modalidad un gran beneficio que se tiene es la reducción de costos sobre todo en lo que respecta al tiempo, no hay una necesidad de trasladarse de un punto a otro, andar en el tráfico con la posibilidad de no llegar a tiempo, en ocasiones por las diferentes actividades que cada persona realiza y en parte por situaciones no previstas, buscar lugares de estacionamiento o en ocasiones esperar turno.

También a través de esta modalidad en lo particular fue posible atender a un usuario cuya residencia por diferentes motivos era fuera de México, en donde el idioma y la cultura era una barrera para recibir atención psicológica en ese país.

Así mismo en este tipo de psicoterapia un beneficio más es la replicabilidad de las sesiones pasadas o de la información contenida en estas por parte del terapeuta y por parte de los usuarios, lo que es útil para corroborar información de lo mencionado por el usuario o por el terapeuta, para aplicar las técnicas.

## 8. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos durante la realización del presente trabajo, se observó que la intervención cognitivo conductual fue eficaz en la modalidad Vía Internet proporcionada a tres participantes, logrando reducir los niveles de ansiedad y depresión, así como el incremento en los niveles de autoestima y calidad de vida en general.

En principio, a partir de los resultados obtenidos en las mediciones aplicadas pre y post tratamiento, se puede concluir que la intervención cognitivo-conductual en la modalidad vía Internet, fue eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión de los tres usuarios reportados en este trabajo. Obteniendo una media redondeada de las tres participantes en su evaluación pre de depresión con 17 puntos de un total posible de 63 puntos, se logró una reducción en su puntuación de depresión en la evaluación post tratamiento con un puntaje de 3, respectivo a la media de las tres participantes.

En cuanto a las puntuaciones en los niveles de ansiedad, la media respectiva de la evaluación pre de las tres participantes fue de 13 puntos, obteniendo una reducción en dicho nivel, con 5 puntos en la evaluación post tratamiento, de un total posible de 63 puntos.

Así mismo en la evaluación de los niveles de autoestima en la evaluación pre tratamiento, se observa una media de la autoestima positiva de las tres participantes de 26 puntos, y una puntuación de 16 en autoestima negativa. Obteniendo resultados favorables con un incremento de la autoestima positiva con 33 puntos, así como un decremento en la autoestima negativa de 12 puntos. En este inventario la puntuación mínima a obtener para autoestima positiva es de 9 puntos y máximo 36 puntos y para la autoestima negativa un mínimo de 8 puntos y un máximo de 32 puntos.

Por otro lado en cuanto a las puntuaciones con respecto a la evaluación de calidad de vida para cada participante, se observa un aumento en la

puntuación general, así como, un aumento o mantenimiento en las diferentes áreas evaluadas, con lo que se deduce que a partir de la reducción de los niveles de depresión y ansiedad, se logró un mayor ajuste e integración en las áreas en que se desarrollan, con lo que se obtiene una mayor adaptabilidad a las situaciones adversas frecuentes en el día a día.

Aunado a lo anterior, un propósito fundamental de la terapia cognitivo-conductual es el reaprendizaje, con esto se pretende proveer a los participantes de herramientas que les permitan afrontar las situaciones cotidianas utilizando los recursos disponibles, lo cual repercute directamente en la reducción de la ansiedad y depresión, en un aumento de la autoestima, mayor adaptabilidad y por tanto una mejoría en su calidad de vida en general, con una importancia que radica no solo en el lapso de duración del tratamiento, sino en su utilidad para toda la vida. Dicho propósito se corrobora a partir de los problemas y estilos de afrontamiento que el participante muestra en cada sesión, así como en los argumentos y percepción que tiene acerca de cada situación, de manera que en la retroalimentación final del tratamiento, se puede vislumbrar la evolución de la persona y señalarle la forma en que se encontraba al llegar a pedir tratamiento psicológico y la forma en que se encuentra al final del tratamiento, así como la forma en que repercute positivamente la intervención terapéutica para evitar un mayor deterioro en las diferentes áreas de desarrollo.

Dichas herramientas y habilidades de ser utilizadas continuamente ayudan a la persona a mejorar sus estilos de afrontamiento y evitar posibles recaídas de su padecimiento, no obstante dicha intervención también tiene un efecto preventivo que consiste en evitar o al menos retardar la aparición de padecimientos físicos o médicos que se desarrollan vinculadas a un componente psicológico importante.

Con todo lo anterior se logra atender y aplicar los conocimientos de la disciplina de manera profesional a una porción de la población afectada por los trastornos psiquiátricos más comunes a nivel mundial y que hoy en día aquejan gravemente a la sociedad mexicana.

Por otro lado también se cumple el propósito de alcanzar a una población que por sus condiciones de vida es casi nula la oportunidad de acercarse a un tratamiento psicológico, con lo que este tratamiento en su modalidad a distancia se ajusta a las exigencias de algunos integrantes de la sociedad actual, simultáneamente reduciendo costos de tiempo y dinero al no tener que trasladarse.

Así mismo se observa una mayor capacidad de auto-revelación por parte de algunos participantes dentro de un tratamiento a distancia, con la realización de la conversación por medio de texto, lo cual muestra simultáneamente ventajas como poder acceder a la información contenida y hacer una revisión de cada sesión, así como corroborar información proporcionada por el participante anteriormente.

Además mediante esta proporción de servicio psicológico se logra un escenario más de práctica clínica para estudiantes avanzados de la carrera, mediante el cual se adquieren habilidades y conocimientos terapéuticos necesarios para la atención psicológica de la sociedad actual.

Los resultados mostrados anteriormente son una aportación más de la efectividad de esta modalidad de tratamiento, que contribuye a la investigación y aplicación de la Psicoterapia en línea dentro de la población mexicana.

En cuanto a mi experiencia personal puedo decir que obtuve un crecimiento profesional a través de poner en práctica mis conocimientos teóricos adquiridos a través de la licenciatura y la capacitación, bajo una supervisión constante lo cual enriqueció mi formación profesional, simultáneamente fue de gran satisfacción en principio haber atendido a personas que lo requerían y aportar en su mejoría personal, dejándome un aprendizaje invaluable que me será de gran utilidad en mi desempeño futuro.

## 9. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de la proporción de psicoterapia cognitivo-conductual vía Internet, además de obtener beneficios con su aplicación, se encuentra también como limitante que en una sesión por medio de chat, en donde la conversación se lleva a cabo por medio del texto, el volumen de información es menor que la obtenida a través de una conversación presencial o por medio de audio, esto a pesar de que la duración de la sesión Vía Internet es mayor que la de tipo presencial, con lo que una alternativa es la utilización de audio o videoconferencia por medio de la web, sin embargo, con esto posiblemente se mermaría el grado de auto-revelación por parte del usuario.

Otra de las limitaciones es que al realizar la sesión por texto o por videoconferencia se pierde cierta información que cada persona aporta a través de su comunicación no verbal, la cual es de interés en el proceso terapéutico.

En suma, aún cuando cada participante haya asistido a sesión presencial en la entrevista inicial en la que se le ha explicado la forma de trabajo dentro de la sesión, haciéndose hincapié en destinar un tiempo para la sesión en el cual no haya distractores como son otras personas o hacer uso de otros recursos de la computadora e internet por parte del usuario y, el participante ha firmado un formato de consentimiento, es algo que no se puede controlar concisamente y en ocasiones con algunos participantes se presenta, con lo que no se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada en la sesión ya que otros pudieran tener acceso a la información desde el momento en que el usuario escribe desde su computadora.

Es con lo anterior que se vuelve importante tener presentes las consideraciones éticas que implica esta modalidad de psicoterapia.

Por último una limitante más y que no se pudo controlar son los apagones de luz, lo cual afecta la continuidad de la sesión y en ocasiones



reanudarla implica aproximadamente 15 minutos, en el mejor de los casos, pero en otras circunstancias continuar en esos momentos con la sesión es poco probable.

Sin embargo, la importancia de una intervención psicoterapéutica es de trascendencia no solo para lograr una mayor adaptabilidad al medio y de alcanzar una mayor calidad de vida en general, sino que al lograr esto la relevancia de una intervención oportuna también radica en lograr una mayor capacidad para relacionarnos con otros ya sea en pareja y con la familia; en algunas ocasiones un mejor funcionamiento como padre o madre, ya que los hogares y familias disfuncionales son generadores en gran medida de otras patologías en sus hijos que en ocasiones los llevan a delinquir; una adecuada capacidad de adaptación social y de mantener relaciones interpersonales de buena calidad, tener responsabilidad social, profesional, laboral y familiar; la capacidad de sentir libremente nuestras emociones y poder expresarlas de manera asertiva a los demás; manejar las deficiencias y excesos de las diferentes habilidades, cogniciones, emociones y conductas que en algunos casos generan parte de la deserción escolar, bajo rendimiento académico y frustración, la cual implica consecuencias para el individuo, para su familia, escuela y sociedad, con la consiguiente pérdida de recursos económicos que se han invertido en su educación.

Algunas recomendaciones o consideraciones que serían importantes para investigaciones futuras acerca de intervenciones clínicas Vía Internet, en principio, es utilizar muestras de mayor tamaño para que permitan un análisis estadístico de los resultados y que se pueda llegar a generalizar la eficacia o no del tratamiento bajo esta modalidad. Otro factor que sería de utilidad es evaluar el grado de efectividad, así como las similitudes y diferencias que se encuentran en la proporción del tratamiento Vía Internet, controlando la variable chat/video-conferencia.

## REFERENCIAS.

American Psychiatric Association, (APA), (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (F. Tomás, et al., Trad.). (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Amutio, A., (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. España: Desclée de Brouwer.

Andersson, G. y Cuijpers, P. (2008). Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *The British Journal of Psychiatry*. 193, 270–271.

Andersson, G, Strömngren, T., Ström, L. y Lyttkens, L. (2002). Randomized Controlled Trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Distress Associated With Tinnitus. *Psychosomatic Medicine* 64, 810–816.

Antonacci, D., Bloch, R., Saeed, S., Yildirim, Y. y Talley, J., (2008). Empirical Evidence on the Use and Effectiveness of Telepsychiatry via Videoconferencing: Implications for Forensic and Correctional Psychiatry. *Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law* 26: 253–269.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-160.

Beck, A., (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.

Caballo, V. (2001). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. and Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8:38, Pp. 1-13.

Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G., (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*. (22). Número especial. Pp. 62-67.

Caraveo, J. y Colmenares, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama Epidemiológico. *Salud Mental*. (25). No. 002. Pp. 9-15.

Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, R., Flores, L. (2005). *Psicoterapia en línea, manual del terapeuta*. Facultad de Psicología. México.

Cárdenas, G., Serrano, B., Flores, L. y De La Rosa, A. (2008). E-therapy: A training program for Development of clinical skills in distance psychotherapy. *Journal of Technology in Human Services (JTHS)*, Toronto, Canada, 26 (2-4), pág. 470-488. ISSN:15228835.

Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B., Ekselius, L. y Andersson, G. (2006). *Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy Supplemented With Telephone Calls*. *Am J Psychiatry* 163, 2119-2125.

Carter, J.A., Buckey, J.C., Greenhalgh, L., Holland, A.W., & Hegel, M.T., (2005). *An interactive media program for managing psychosocial problems on long-duration spaceflights*. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 76 (6, Suppl.), B213–B223.

Caspar, F. (2004). *Technological Developments and Applications in Clinical Psychology and Psychotherapy: Introduction*. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 60(3), 221–238.

Cavanagh, K., Shapiro, D. A., van Den Berg, S., Swain, S., Barkman, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioral Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 235-246.

Christensen, H., Griffiths, M. y Jorm, A. (2004). Primary care. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.37945.566632.EE. p.1.

Christensen, H., Guastella, A., Mackinnon, A., Griffiths, K., Eagleson, C., Batterham, P., Kalia, K., Kenardy, J., Bennett, K. y Hickie, A., (2010). Protocol for a randomised controlled trial investigating the effectiveness of an online e-health application compared to attention placebo or sertraline in the treatment of generalised anxiety disorder. *Trials Journal*. 11 (48). Centre for Mental Health Research, School of Health & Psychological Sciences, College of Medicine, Biology and Environment, The Australian National University, Canberra, Australia. Pp. 1-8.

Clarke, G.N., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L.L., Kelleher, C., Lynch, F., & Nunley, S., (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): A randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 3, article e14.

Cohen, G.E., & Kerr, B.A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services*, 15, Pp. 13–26.

Coventry, P. & Gellatly, J., (2008). Improving outcomes for COPD patients with mild-to moderate anxiety and depression: A systematic review of cognitive behavioural Therapy. *British Journal of Health Psychology*, 13, Pp. 381–400.

De La Rosa, A. (2007). Resultados de la intervención psicoterapéutica vía Internet para pacientes con trastornos de ansiedad. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

De las Cuevas C., Artiles, J., De la Fuente, J. & Serrano, P. (2003). Telepsiquiatría: utopía o realidad asistencial. *Medicina Clínica*, 121 (4): Barcelona. Pp. 149-152.

Durán, X. (2009). Manual de estrategias para el tratamiento del duelo y pérdida, vía Internet. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Ellis, A., y Abrahms, E., (1986). *Terapia racional emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax. Pp. 30-65.

Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *Práctica de la terapia racional-emotiva*. Bilbao, Desclée de Brouwer.

European Commission. (2005). Improving the mental health of the population: toward a strategy on mental health for the European Union.

Frías, A. (2010). Manual de intervención en crisis de ansiedad, Vía Internet. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

García, R. A., (2008). Cyberterapia: Transformaciones de la terapia clínica en la era digital. Tlalnepantla, Estado de México: Tesis de Licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala. UNAM.

Grohol, J.M. (2000). The insider's guide to mental health resources online. New York: Guilford Press.

Heilman, R., Kállay, E. & Miclea, M., (2010). The role of computer-based psychotherapy in the treatment of anxiety disorders. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*. Volumen XIV, No. 3, 209-230.

Hirai, M. & Clum, G. (2006). A meta-analytic study of Self-Help interventions for anxiety Problems. *Behavior Therapy*. 37(2): junio 99-111. doi:10.1016/j.beth.2005.05.002

Jacmon, J., Malouff, J. & Taylor, N., (2009). Treatment of Major Depression: Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy with an Internet Course as a Central Component. *Electronic Journal of Applied Psychology*. 5(2): 1-8.

Kállay, É., & Miclea, M. (2010). The pros and cons of Computer Mediated Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder, and trauma induced mental health problems. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*.

Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. México. Siglo XXI.

Litz, B. T., Engel, C. C., Bryant, R. A. y Papa, A. (2007). A Randomized, Controlled Proof-of-Concept Trial of an Internet-Based, Therapist-Assisted Self-Management Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 164 (11), noviembre, pp. 1676-1683.

Litz, B.T. (2008). How "Supportive" Is Internet-Based Supportive Psychotherapy?. *American Journal of Psychiatry*. 165 (4), abril, pp. 534-535.

Mackinnon, A., Griffiths, K. and Christensen, H. (2008). Comparative randomized trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 14-30.

Macrodimitris, S., Hamilton, K., Backs-Dermott, B. & Mothersill, K., (2010). CBT Basics: A Group Approach to Teaching Fundamental Cognitive-Behavioral Skills. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Volume 24, Number 2. Pp. 132-146.

Marks, I. M., Cavanagh, K. and Gega, L. (2007). *Hands-On Help: Computer-Aided Psychotherapy*. New York: Psychology Press, pp. 296.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, (4), agosto.

Miclea, M., Ciucă, A., & Miclea, S. (2009). How to produce e-content for e-mental health solutions. Basic guidelines. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 13, 1-9.

Monroy, C., (2010). Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la Ciudad de México; análisis de datos del 2004 al 2009. México. Hospital General de México. Anuario 2010. Dirección de planeación y desarrollo de sistemas. Rescatado el 9 de marzo del 2011 de: <http://actualidadclinica.wordpress.com/2010/09/21/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2004-al-2009/>

Moreno, F. (2009). Evaluación de una intervención en el entrenamiento en habilidades sociales Vía Internet. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E., (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

Proudfoot, J., Swain, S., Widmer, S., Watkins, E., Goldberg, D., Marks, I., Mann, A. & Gray, J.A. (2003). The development and beta-test of a computer-

therapy program for anxiety and depression: hurdles and preliminary outcomes. *Computers in Human Behavior*, 19, 277-289.

Reger, M. A. y Gahm, G. A., (2009). A Meta-Analysis of the Effects of Internet- and Computer-Based Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety. *Journal of clinical psychology*, Vol. 65(1), 53-75.

Rochlen, A., Zack, J. & Speyer, C., (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 60(3), 269–283.

Rodríguez, J., Kohn, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.) (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Panamá: OPS

Sánchez-Sosa, J.J., (2002). Health psychology: prevention of disease and illness maintenance of health. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems, Social Sciences & Humanities. Oxford, UK.

Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 100-113.

Spek, V., Jpers, P.C., Nyklicek, J., Riper, H., Keyzer, J. y Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, noviembre. 319–328.

Suler, J. (2002). The online disinhibition effect. In *The psychology of cyberspace*. Extraído el 3 de mayo de 2003, de [http://www.rider.edu/\\_suler/psycybér/disinhbit.html](http://www.rider.edu/_suler/psycybér/disinhbit.html).

Suler, J. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*. Volume 3, Number 2. 151-159.

Titov, N., Andrews, G., Kemp, A., & Robinson, E. (2010). Characteristics of Adults with Anxiety or Depression Treated at an Internet Clinic: Comparison with a National Survey and an Outpatient Clinic. *PLoS ONE* 5. e10885.doi:10.1371/journal.pone.0010885.

Vallejo, J. y Gastó, C., (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

Wells, J. E., Oakley Browne, M. A., Scott, K. M., McGee, M. A., & Baxter, J. (2006). Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey: overview of methods and findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 835–844.

Wittchen, H-U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15, 357-376.

Wright, J.H., Wright, A.S., Albano, A.M., Basco, M.R., Goldsmith, J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1158-1164.